

問 診 票



記入日： 年 月 日

患者様氏名	様（男性・女性）	生 年 月 日	年 月 日（ 歳）
ご 記 入 者	様（続柄： ）	連 絡 先	

「認知症」とは、脳の病気や障害など様々な原因により、認知機能が低下し日常生活に支障が出てくる状態をいいます。そのため、診断には日常生活の様子が大切な情報となります。ご本人の日常の様子を教えてください。

■最近の様子から、あてはまるものにチェック（☑）を付けてください

【問診 1】 記憶



1. 普段、もの忘れはありますか

☐ はい ☐ いいえ

1-1. いつごろから、記憶力の低下を感じるようになりましたか

☐ 半年程前 ☐ 1 年程前 ☐ 2～3 年前 ☐ その他（いつごろ： ）

2. もの忘れは日によって波があるものですか

☐ はい ☐ いいえ

4. もの忘れのせいで、これまでと生活の仕方に少し変化が起きましたか

☐ はい ☐ いいえ

5. 数週間前の大切な出来事(例えば旅行、冠婚葬祭)をきちんと覚えていますか

☐ 覚えている ☐ 覚えているが細かい部分は忘れている ☐ 出来事自体を忘れている

6. 遠い昔の大切な記憶(例えば自分の誕生日、出身地、職業など)をきちんと覚えていますか

☐ 覚えている ☐ 時々忘れる ☐ いつも忘れている

7. ご本人は 2 週間程前に起こった出来事を覚えていますか。

☐ 覚えている

→具体的にどのような出来事ですか（例「〇〇に会った」「TV で大相撲を見た」など ）

いつ：（ ） どこで：（ ）

誰と：（ ） 何があったか：（ ）

☐ 2 週間前のことを覚えておくことは難しそう

【問診2】時間や場所の認識（見当識）



1. 日にちを聞かれたら正しく答えられますか

☐いつも答えられる ☐時々答えられない ☐ごくたまに答えられる ☐ほとんど答えられない

2. いろいろな出来事の時間的順序(先週の出来事と先月の出来事の順序)を理解出来ますか

☐いつも理解できる ☐時々理解できない ☐理解できない

3. 慣れた場所（近所での買い物、いつもの散歩道等）で迷わず移動できますか

☐いつも迷わない ☐時々迷う ☐迷う

4. 家の中で迷わず移動できますか（トイレや自分の部屋が分からないことはないですか）

☐いつも迷わない ☐時々迷う ☐迷う

5. 自宅から離れたところへの行き方を説明できますか

☐たいてい説明できる ☐時々説明できる ☐説明できることはめったにない

6. いつごろから時間や場所の認識力の低下を感じますか（あてはまる方のみ回答をお願いします）

☐半年程前 ☐1 年程前 ☐ 2～3 年前 ☐その他（いつごろ： ）



【問診3】判断力と問題解決

1. 家庭内の緊急事態(水道の水漏れ、小さい火災など)に対処できますか

☐以前と変わらずできる ☐以前より程度は劣るが対処できる
☐以前から対処できない ☐全く対処できない

2. 両替やおつりの計算などは上手く計算できますか

☐以前と変わらずできる ☐できるが、以前より間違えることが多い ☐全くできない/しない

3. 財産管理や仕事上の処理(保険・商売上の取引)など社会的な手続きはできますか

☐以前からしていない（自主的に譲った場合も含む） ☐以前と変わらず行っている（心配なく任せられる）
☐少し低下（家族が確認している） ☐全くしなくなった

4. いつごろから判断力と問題解決力の低下を感じますか（あてはまる方のみ回答をお願いします）

☐半年程前 ☐1 年程前 ☐ 2～3 年前 ☐その他（いつごろ： ）

【問診4】地域社会活動

1. 今でも車(バイク)を運転していますか

☐している ☐していない ☐記憶や判断力に問題がありやめた

2. 一人でも適切に買い物できますか

☐たいていの場合できる ☐だいたいできる（少数なら可能/二重に買う、または買い忘れがある）
☐めったにできない（いつも付添いが必要）

3. 地域活動(趣味の集まりや会合など)に一人でも参加できますか

☐たいていの場合できる ☐表面的な参加はできる（話はしないが会話の輪の中にいるなど）
☐常に付添いが必要/できない

4. もし他人が本人の行動を見た場合、その人が本人を病気だと思える程の行動をすることがありますか

☐はい ☐いいえ

5. いつから地域社会活動に参加することが少なくなりましたか（あてはまる方のみ回答をお願いします）

☐半年程前 ☐1 年程前 ☐2～3 年前 ☐その他（いつごろ： ）

【問診5】家庭生活および趣味・関心



1. 料理をする能力に変化はありましたか

☐以前と変わらずできる ☐少し低下（献立、作業手順に迷う）
☐低下（包丁は使えるが、切り方に指示が必要になった） ☐全くできない ☐料理をしていない

2. 家事における簡単な作業(身の回りの清掃や布団の上げ下げなど)は一人でできていますか

☐一人で適切にできる ☐頼めばできる（台拭きや箸の配膳など）
☐常に見守りが必要/一人ではできない ☐していない

3. 家の中で、今でもできることを教えてください

〈TV リモコン〉 ☐使いこなせる ☐オン/オフのみ ☐使えない ☐使っていない

〈電子レンジ〉 ☐使いこなせる（時間や W 数の調整） ☐オン/オフのみ
☐使えない ☐使っていない

〈掃除機〉 ☐使いこなせる ☐オン/オフのみ ☐使える ☐使っていない

〈洗濯機〉 ☐使いこなせる ☐手洗いはできる ☐使えない ☐使っていない

4. 趣味活動を教えてください

☐裁縫 ☐編み物 ☐絵を描く ☐読書 ☐園芸（庭いじり） ☐芸術鑑賞 ☐運動
☐釣り ☐旅行 ☐その他()

5. 趣味を行う能力に変化はありましたか

☐以前と変わらず行っている ☐少し低下（誘われるとする）
☐全く行わなくなった ☐以前から趣味活動はしていない

6. いつごろから家庭生活や趣味を行う能力に低下がありましたか（あてはまる方のみ回答をお願いします）

☐半年程前 ☐1 年程前 ☐2～3 年前 ☐その他（いつごろ： ）

【問診6】介護状況

以下の項目について、日常生活の中でどれくらいお手伝いが必要か教えてください

1. 食事

- ☐ 自立 ☐ 多少の介助や促しが必要、食事中汚すことがある
☐ 介助が必要で、食べるときに散らかってしまう
☐ 常に介助が必要 ☐ 自力では全く摂取出来ない

2. 排泄

- ☐ 自立 ☐ 誘導あるいは後始末に介助が必要。時に失敗がある。
☐ 週に1度以上失禁がある (いつ : ☐ 寝ている間 ☐ 日中)
☐ 頻回に失禁がある

2-1. 普段使用している下着を教えてください

- ☐ 布パンツ ☐ 紙パンツ (いつから : ☐ 半年前 ☐ 1 年前 ☐ 2~3 年前 ☐ その他 ())

3. 入浴

- ☐ 自立 ☐ 声掛け・誘導を要する / 自分でできるがしやうとしない
☐ 浴槽の出入りや洗髪などに一部介助を要する ☐ 全介助

4. 衣類の着脱

- ☐ 自立 ☐ 多少の介助が必要
☐ 介助が必要であるが、本人も協力する ☐ 介助が必要で、着替えに拒否的

5. 整容 (身だしなみ、髪や爪の手入れ、洗面など)

- ☐ 自立 ☐ 声掛けや誘導が必要 / 自分でできるがしやうとしない
☐ 一部介助 ☐ 全介助

6. 歩行

- ☐ 自立 ☐ 家の中か家の周囲までなら、独歩で移動できる
☐ 補助具が必要 (補助具 : ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子)
☐ イスや車椅子に座ってられるが、自分では動かせない

7. いづごろから生活のお手伝いが必要になりましたか (あてはまる方のみ回答をお願いします)

- ☐ 半年程前 ☐ 1 年程前 ☐ 2~3 年前 ☐ その他 (いづごろ :)



【問診 7】生活歴



1. 最終学歴

☐小学卒 ☐中学卒 ☐高校卒 ☐大学卒 ☐専門学校卒 ☐その他 ()

2. 職歴（またその中で一番長く働いた職業はなんですか）

3. ご本人の最近の様子についてあてはまるものにチェックをしてください

- ☐不安がある ☐ひとりの時間が多く孤立している
☐イライラしやすい ☐環境の変化に戸惑いやすい
☐大切なもの（家族やペットなど）を失った（時期： ）
☐その他 ()

4. ご本人のもともとの性格や癖を教えてください

5. よく呼ばれている愛称を教えてください

6. ご本人の関心があることや趣味はなんですか

【問診 8】嗜好歴・その他

1-1. 現在、飲酒はされていますか

☐有（1日（ビール・日本酒・焼酎） m l ） ☐無

1-2. 過去、飲酒はされていましたか

☐有（1日（ビール・日本酒・焼酎） m l ） ☐無

2-1. 現在、喫煙されていますか

☐有（ ）本/日 ☐無

2-2. 過去、喫煙はされていましたか

☐有（ ）本/日 ☐無

3. 難聴はありますか

☐有（右・左） ☐無

4. 視力障害はありますか

☐有（右・左） ☐無

【問診 9】 家族歴

1. ご家族に認知症の方はいらっしゃいますか

☐ はい （ご本人との関係： ） ☐ いいえ

2. ご本人のご兄弟・お子様について教えてください

2-1. ご兄弟は何人いらっしゃいますか、またその構成を教えてください

例) 4 人： ☒ 男一男一本人一女 ※亡くなられた方には ☐ 印をつけてください

2-2. お子様は何人いらっしゃいますか、またその構成を教えてください

例) 3 人： ☒ 男一男一女 ※亡くなられた方には ☐ 印をつけてください

3. ご本人を主に介護されている方はどなたですか ※介護が必要な方のみご記入ください

お名前（ ） 続柄： （同居・別居）

4. ご家族の希望（ご自由にお書きください）

◇ 受診に同伴される予定の方はどなたですか

お名前（ ） 続柄： ）, ご連絡先（ ）

お名前（ ） 続柄： ）, ご連絡先（ ）

おつかれさまでした。問診は以上です。ご協力ありがとうございました。
ご不明な点があれば下記までご連絡いただくか、受診日当日スタッフにお伝えください。

お問い合わせ先	受付時間	TEL
医療法人南江会 一陽病院 認知症疾患医療センター (地域型)	9:00 ~ 12:00 13:00~16:00 ※土・日・祝祭日は除く	0889-42-1803

