

スムーズな診療を行うため、わかる範囲内で下記の事項をご記入ください。

あてはまるところには○をつけてください。

問1. 最初にあらわれたのはどのような症状ですか。

1. 物忘れ 2. 物をなくす 3. 方向感覚が悪くなった 4. 計算が苦手になった
5. 会話が困難になった 6. 意識の低下 7. 性格が変わった 8. 能率が悪くなった
9. 眠れなくなった 10. 気分が重くなった 11. 「死にたい」などと口にするようになった
12. 実際にはないものが見えたり聞こえたりするようになった
13. その他 (_____)

問2. いつ頃から症状が始まりましたか。

_____年_____月から (または_____歳頃)

問3. 発病のきっかけと思われるものはありますか。

1. ない 2. ある (内容 _____)

問4. ほかに症状がありましたらお書きください。

症状 _____.

いつ頃から _____年_____月から (または_____歳頃)

問5. 症状は現在までに変化していますか。

1. 変わらない 2. よくなった 3. 悪くなった 4. 日によって違う

問6. これまでにメンタルクリニックや精神科の治療を受けましたか。

1. 受けない
2. 受けた _____年_____月から _____年_____月まで _____病院 入院・通院
 診断病名 _____

問7. ご家族・ご親戚で同じ症状で困っている方やメンタルクリニック・精神科に通院している方はいらっしゃいますか。

ご続柄 _____ 病名 _____.

問8. 今までにかかった主な病気・ケガについて書いてください。

(手術経験や高血圧・高コレステロール血症・糖尿病・頭の大ケガなど)

_____年 病名 _____ 病院に通院中
_____年 病名 _____ 病院に通院中
_____年 病名 _____ 病院に通院中

問9. アレルギー（食品・薬品など）歴を教えてください。

_____.

問10. 簡単な生い立ちを教えてください。

生まれたところ _____ 育ったところ _____

兄弟姉妹の人数 _____ 人の同胞の _____ 番目 _____

最終卒業学校 _____

職業 _____ 歳から _____ 歳まで _____

_____ 歳から _____ 歳まで _____

結婚歴 未婚 結婚 (_____ 年または _____ 歳)

離婚 (_____ 年または _____ 歳) 死別 (_____ 年または _____ 歳)

問11. 習慣について教えてください。

お酒は 1. 飲まない 2. 飲む (1日 合) 3. 今はやめている (_____ 歳から)

タバコは 1. 吸わない 2. 吸う (1日 本) 3. 今はやめている (_____ 歳から)

いつも飲んでいる薬は 1. ない 2. ある (下に具体的にお書きください)

問12. 家系図を右の記入例の様にご書いてください。(男性は□、女性は○で書いてください。

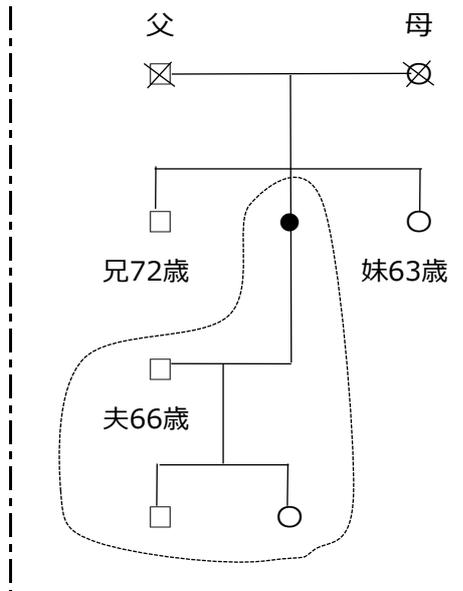
また亡くなった方には×印をつけてください。また現在同居中の方を線で囲んでください)

両親 → 父 □ 母 ○

本人・兄弟 ... →

夫・妻 →

子ども →



※ 最近の日常生活でのご様子についてお聞きします。あてはまる番号に○を付けてください。

質問事項	得点
A.排泄	
1. 排泄は全く介助を要しない	1
2. 誘導あるいは後始末に介助が必要、時に（多くても週1回失敗がある）	0
3. 週に1度以上、寝ている間に失禁がある	0
4. 週に1度以上、日中に失禁がある	0
5. 常に失禁がある	0
B.食事	
1. 介助なしで摂取できる	1
2. 食事した時に多少の介助が必要、特別な調理法が必要あるいは食事の時に汚したものを片付けてもらう	0
3. 食事に介助が必要であり、食べるときにも散らかってしまう	0
4. 常に介助が必要	0
5. 自力では全く摂取できあい	0
C.着替え	
1. タンスから適切な服を選んで自分で着替えられる	1
2. 多少の介助で脱ぎ着できる	0
3. 服を選んだり、脱ぎ着に手助けが必要	0
4. 着替えに介助を要するが、本人も協力する	0
D.身繕い	
1. いつでも身だしなみがきちんとしている	1
2. 一人で身繕いができるが髭などは剃ってもらう	0
3. いつも多少は手伝ってもらう	0
4. 常に介助を要するが、そのあとはきちんとしていられる	0
5. 介助に抵抗する	0
E.移動能力	
1. 一人で出かけることができる	1
2. 家の中か家の周囲まで出かけることができる	0
3. 杖（ ）、歩行器（ ）、車いす（ ）の助けが必要	0
4. 椅子や車いすに座っていられるが自分では動かせない	0
5. 終日の半分以上は寝たきり	0
F.入浴	
1. 介助なしで入浴できる	1
2. 浴槽の出入りには介助が必要	0
3. 手や顔は洗えるが他の部分は洗えない	0
4. 自分では洗えないが協力的	0
5. 介助に抵抗する	0
G.電話を使用する能力	
1. 自分から電話をかける（電話帳を調べたり、ダイヤル番号を回すなど）	1
2. 2, 3のよく知っている番号をかける	1
3. 電話に出るが自分からかけることはない	1
4. まったく電話を使用しない	0

※ 同様にあてはまる番号に○をつけてください

H. 買い物	
1. すべて買い物は自分で行う	1
2. 少額の買い物は自分で行える	0
3. 買い物に行くときはいつも付き添いが必要	0
4. 全く買い物はできない	0
I. 食事の準備	
1. 適切な食事を自分で計画し準備し給仕する	1
2. 材料が供与されれば適切な食事を準備する	0
3. 準備された食事を温めて給仕する、 あるいは食事を準備するが適切な食事内容を維持しない	0
4. 食事の準備と給仕をしてもらう必要がある	0
J. 家事	
1. 家事を1人でこなす、あるいは時に手助けを要する（例：重労働など）	1
2. 皿洗いやベッドの支度などの日常的家事はできる	1
3. 簡単な日常的仕事はできるが、妥当な清潔さの基準を保てない	1
4. すべての家事に手助けを必要とする	1
5. すべての家事に関わらない	0
K. 洗濯	
1. 自分の洗濯は完全に行う	1
2. ソックス、靴下のゆすぎなど簡単な洗濯をする	1
3. すべて他人にしてもらわなければならない	0
L. 移送の形式	
1. 自分で公的機関を利用して旅行したり自家用車を運転する	1
2. タクシーを利用して旅行するが、その他の公的輸送機関は利用しない	1
3. 付き添いがいたり皆と一緒に公的輸送機関で旅行する	1
4. 付き添いか皆と一緒に、タクシーか自家用車に限り旅行する	0
5. まったく旅行しない	0
M. 自分の服薬管理	
1. 正しい時に正しい量の薬を飲むことに責任が持てる	1
2. あらかじめ薬が分けて準備されていれば飲むことができる	0
3. 自分の薬を管理できない	0
N. 財産取り扱い能力	
1. 経済的問題を自分で管理する（予算、小切手書き、掛金支払い、銀行に行く） 一連の収入を得て、維持する	1
2. 日々の小銭は管理するが、預金や大金などでは手助けを必要とする	1
3. 金銭の取り扱いができない	0

質問事項	回答	
1. フロイデンコーワ（患者様と介護者様を対象にしたコーラスグループ）への参加を希望しますか？	はい	いいえ

※ 身体的・精神的・社会的な機能に関する質問です。"はい"/"いいえ"のいずれかでお答えください

	質問事項	得点	
1	バスや電車で1人で外出していますか	いいえ	はい
2	日用品の買い物をしていますか	いいえ	はい
3	預貯金の出し入れをしていますか	いいえ	はい
4	友人の家を訪ねていますか	いいえ	はい
5	家族や友人の相談にのっていますか	いいえ	はい
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	いいえ	はい
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	いいえ	はい
8	15分くらい続けて歩いていますか	いいえ	はい
9	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい
10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい
11	6か月間で2~3キロ以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい
12	身長 c m ・ 体重 k g (B M I)	いいえ	はい
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい
14	お茶や汁物などでむせることがありますか	いいえ	はい
15	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい
16	週に1回以上は外出していますか	いいえ	はい
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」等の物忘れがあるとされますか	いいえ	はい
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	いいえ	はい
20	今日が何月何日かわからないときがありますか	いいえ	はい
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	いいえ	はい
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	いいえ	はい
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	いいえ	はい
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい
26	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	いいえ	はい
27	ウォーキングなどの運動を週に1回以上していますか	いいえ	はい
28	5分前のことが思い出せますか	いいえ	はい

高齢者専門外来診療で得られた臨床的情報（問診票の記載内容や検査（神経心理・神経画像・脳波・血液検査など）の結果）は、医療の向上や医療従事者の教育を目的として学会や医学雑誌などに公表されることがありますが、あなたの名前など個人情報は一切わからないようにし、プライバシーは守ります。

同意されない場合は、下記にチェックを入れてください。なお、この内容に同意をされなかった場合や、同意を撤回された場合においても、あなたが診療上、不利益を受けることはありません。

いかなる場合でも公表に同意いたしません。

ありがとうございました。書き終わりました問診票はスタッフにお渡しく下さい。