

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

記入者氏名 \_\_\_\_\_ (患者との続柄 \_\_\_\_\_)

以下の質問に対して「はい」「いいえ」でお答えください。

- |                           |    |                    |
|---------------------------|----|--------------------|
| 1. 歩きにくそうになった             | はい | いいえ ( _____ ヶ月前から) |
| 2. 頭痛を訴える                 | はい | いいえ ( _____ ヶ月前から) |
| 3. 吐き気を訴える                | はい | いいえ ( _____ ヶ月前から) |
| 4. ろれつが回らなくなった            | はい | いいえ ( _____ ヶ月前から) |
| 5. いない人やものが見えると言う         | はい | いいえ ( _____ ヶ月前から) |
| 6. ボーっとしていることが多い          | はい | いいえ ( _____ ヶ月前から) |
| 7. 性格が急に変わった              | はい | いいえ ( _____ ヶ月前から) |
| 8. 失禁(尿、大便)をする、トイレが頻回になった | はい | いいえ ( _____ ヶ月前から) |
| 9. 人や物の名前を思い出せない          | はい | いいえ ( _____ 歳頃から)  |
| 10. 同じ事を何度も言う、あるいは聞いてくる   | はい | いいえ ( _____ 歳頃から)  |
| 11. 置き忘れ、しまい忘れがひどくなった     | はい | いいえ ( _____ 歳頃から)  |
| 12. 何もしないでじっとしている事が多くなった  | はい | いいえ ( _____ 歳頃から)  |
| 13. ものを盗まれたと言う、言いふらす      | はい | いいえ ( _____ 歳頃から)  |
| 14. 火の不始末をする事がある          | はい | いいえ ( _____ 歳頃から)  |
| 15. 買い物などでお金の計算ができない      | はい | いいえ ( _____ 歳頃から)  |
| 16. シャツやズボンをきちんと着られない     | はい | いいえ ( _____ 歳頃から)  |
| 17. 迷子になったり夜中に出歩くことがある    | はい | いいえ ( _____ 歳頃から)  |

その他、お困りのことがありましたら以下にご記入下さい。