

ご本人がお書きください



# 問診票

京都保健会 ふくちやま協立診療所  
年 月 日

お名前) ( )

生年月日) 年 月 日

ご年齢) ( ) 歳

1 今回受診される理由について該当するものに○印をつけてください

- 物をさがすことが増えた
- 新しいことがおぼえられなくなった
- 家族や知人にすすめられて
- 認知症が心配
- 上記以外

具体的にはどのようなことですか

( )

2 ご趣味や、楽しみにしていること、生きがいに感じていることはありますか？

( )

3 今、気になることについて該当するものに○印をつけてください。

同じことを言ったり聞いたりする	ある	時々ある	ない
物の置き忘れやしまい忘れ	ある	時々ある	ない
物を探すことがふえた	ある	時々ある	ない
日時や曜日がわからなくなる	ある	時々ある	ない
物の名前や言葉がでにくい	ある	時々ある	ない
他の方と話をするのが面倒に思うことがある	ある	時々ある	ない
道順が分からなくなる	ある	時々ある	ない
昔のことはよく覚えているが、最近のことが覚えにくい	ある	時々ある	ない
以前の自分なら出来ていたことが出来なくなったと感じる	ある	時々ある	ない
以前の自分とはなにか違うと感じる	ある	時々ある	ない

その他に気になることがあればお書きください