

東京都健康長寿医療センター
もの忘れ外来 問診票

1. ご本人

名前：..... (ふりがな：.....) 性別： 男 ・ 女
 生年月日：大正 ・ 昭和.....年.....月.....日生まれ 年齢：.....歳
 住所：〒.....
 (アパート・マンション名).....号室
 電話番号：.....

2. 記入する方 受診される方との居住形態 同居 ・ 別居

名前：..... 続柄：..... 年齢：.....歳
別居の場合
 住所：〒.....
 (アパート・マンション名).....号室
 電話番号：.....

3. どなたに受診をすすめられましたか。チェック☑をして下さい。

- 病院・クリニック 紹介状 なし ・ あり 医療機関名：.....
 地域包括支援センター
 市区町村の保健所、保健センターなど
 介護支援事業所、介護サービス事業所 (ケアマネジャー・訪問看護ステーション・介護保険施設など)
 その他

4. 日中の連絡先

受診日までにご連絡を差し上げる場合がございます。昼間の連絡先をご記入ください。

昼間の連絡先： 自宅 ・ 勤務先 ・ その他 電話番号：.....
 都合のよい曜日：月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金

1、2 で記入された方と異なる場合、お名前をご記入ください。

お名前：..... 続柄：.....

5. 現在のお困りの症状について教えてください。また、それはいつごろから始まりましたか。

・お困りの事や気になること（例：2年前から、同じ話の繰り返しが目立つようになった。1年前から些細なことで怒るようになった。）

・症状が始まった時期

年 月 日（ 歳）頃 [突然起こった ・ だんだん起こってきた]

6. 上記の症状で他の医療機関にかかったことがありますか。 ない ・ ある

[] 歳～ [] 歳 （医療機関名： ）

[] 歳～ [] 歳 （医療機関名： ）

7. 以下のような症状について「ない」もしくは「ある」のどちらかに○を記入してください。

症状	ない	ある
はっきりしている時とぼんやりしている時がある		
実際にそこにはない物が見えたり、いない人が見えたりすることがある		
身体を動かしにくい、手足がふるえる、歩きづらといった症状がある		
睡眠時に大きな声の寝言や異常な行動がある		
臭いがわからなくなった		
以前に比べて歩行が遅くなった		
過去1年に転んだことがある 「ある」の場合は過去1年に転んだ回数		回

ご本人の身体の病気・体調について

8. 以下の病気がある場合は、発症した年齢と医療機関名をご記入ください。

病名	年齢	医療機関	病名	年齢	医療機関
高血圧			高尿酸血症		
糖尿病			気管支喘息		
脂質異常症			不整脈		

9. 上記の病気の他に、ケガ・病気・入院を要した手術をご記入ください。

病名・手術	発症年齢	医療機関

10. 常用しているお薬（サプリメント・薬局で購入した薬も含む） ない ある

処方内容（お薬手帳など）のコピーを同封してください。

あるいは、下記に処方した医療機関名とお薬の名前を記載してください（薬の名前がわからない場合は「高血圧の薬」などわかる範囲でお書きください）。

処方した医療機関	薬の名前

11. 今まで薬や注射で気分が悪くなったり、じんましんが出たことがありますか。

ない ある (.....)

12. 嗜好品（たばこ・お酒）は現在もありますか？もしくは過去にありましたか。

嗜好品	時期	量・種類
たばこ（無・有）	～ 歳	本数：1日 _____ 本
お酒（無・有）	～ 歳	1日に飲む量：合計 _____ ml 飲む頻度：週 _____ 日 または 月 _____ 日 種類：ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー・ その他（ _____ ）

13. ご本人の現在の体調

- (1) 食 欲： いつも以上 ・ いつもどおり ・ あまりない ・ ない
- (2) 体重変化： ここ3ヶ月間で体重の減少はありましたか あり(_____ kg) ・ 変化なし ・ 不明
- (3) 睡 眠： 眠れている ・ あまり眠れない ・ 眠れない ・ 一定ではない
 約 _____ 時間（ _____ 時 ～ _____ 時頃）
- (4) 便 通： 1週間に _____ 回程度 便秘気味 ・ ふつう ・ 下痢気味
- (5) 視 力： 矯正) ない ・ ある
 右目) 見える ・ あまり見えない ・ ほとんど見えない
 左目) 見える ・ あまり見えない ・ ほとんど見えない
- (6) 聴 力： 聴力障害) ない ・ ある（両耳あり ・ 右耳 ・ 左耳 ）
 補聴器) 右耳 ・ 左耳 手話) ない ・ ある

ご本人の家族・生活について

14. 生活歴

- (1) ご出身 _____ 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県
- (2) きょうだいを上から順にご記入ください。ご健在のきょうだいに○をつけてください。
 (記入例：兄・姉・本人・妹・弟)
 _____ (ご本人は _____ 人きょうだいの _____ 番目)
- (3) 最終学歴（最後に出た学校）と教育年数
 学校名： _____ 教育年数： _____ 年
 (例：小学校卒→6年 中学校卒→9年 高等学校卒→12年)

(4) 結婚歴 **ない** ・ **ある**

		配偶者との同居の有無 同居の場合は☑	健在・死亡
歳	～ 歳まで	<input type="checkbox"/>	健在・離別・死別
歳	～ 歳まで	<input type="checkbox"/>	健在・離別・死別

(5) 子供 **ない** ・ **ある** ※子供がいらっしゃる方は、下記をご記入ください

続柄	年齢	居住地	ご本人との同居の有無	健在・死亡	子供の結婚歴・ 子供の同居家族
例) 長女	45	板橋区	<input checked="" type="checkbox"/>	健在・死亡	結婚歴 : 未婚・既婚・離婚 同居家族 : 配偶者・子供 (2 人)
			<input type="checkbox"/>	健在・死亡	結婚歴 : 未婚・既婚・離婚 同居家族 : 配偶者・子供 (人)
			<input type="checkbox"/>	健在・死亡	結婚歴 : 未婚・既婚・離婚 同居家族 : 配偶者・子供 (人)
			<input type="checkbox"/>	健在・死亡	結婚歴 : 未婚・既婚・離婚 同居家族 : 配偶者・子供 (人)
			<input type="checkbox"/>	健在・死亡	結婚歴 : 未婚・既婚・離婚 同居家族 : 配偶者・子供 (人)

(6) 血縁の家族の中に、認知症の方、脳血管の病気の方、精神科にかかれた方はいますか？

ない ・ **ある** ・ **不明**

続柄	病名
例) 父	認知症 ・ 脳血管疾患 (脳梗塞) ・ 脳出血 ・ その他 () 精神科疾患 ()
	認知症 ・ 脳血管疾患 (脳梗塞・脳出血・その他) 精神科疾患 ()
	認知症 ・ 脳血管疾患 (脳梗塞・脳出血・その他) 精神科疾患 ()
	認知症 ・ 脳血管疾患 (脳梗塞・脳出血・その他) 精神科疾患 ()

(7) 職 歴 **ない** ・ **ある** ・ **不明**

(歳 ～ 歳まで)
(歳 ～ 歳まで)

(8) 趣味..... 信仰.....

(9) ご本人の元々の性格について自由にご記入ください 例:「まじめ」「明るい」「心配性」など

(10) 自動車・オートバイなどの運転をしていますか? **している** ・ **していない**

(11) 利き手 **右** ・ **左** (矯正後)



このページは、なるべく患者さまの日常生活についてよくご存じのご家族がご記入ください。

17. 日常生活の様子についてお聞きします。あてはまるものに○をつけてください。実際にできるか否かを確認していない場合は、ご家族から見て“実際にできそうか否か”でご判断ください。

回答者に○をつけてください。

1. 家族【続柄： 年齢： 歳 ご本人と（同居・別居）】

2. その他（ ） 3. ご本人

1	もの忘れが多いと感じますか	a. 感じない	b. 少し感じる	c. 感じる	d. とても感じる	1
2	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	a. 感じない	b. 少し感じる	c. 感じる	d. とても感じる	2
3	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがあります	a. 全くない	b. 時々ある	c. 頻繁 <small>ひんぱん</small> にある	d. いつもそう	3
4	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	a. 全くない	b. 時々ある	c. 頻繁 <small>ひんぱん</small> にある	d. いつもそう	4
5	自分の生年月日がわからなくなることがあります	a. 全くない	b. 時々ある	c. 頻繁 <small>ひんぱん</small> にある	d. いつもそう	5
6	今日が何月何日かわからないときがあります	a. 全くない	b. 時々ある	c. 頻繁 <small>ひんぱん</small> にある	d. いつもそう	6
7	自分のいる場所がどこかわからなくなることがあります	a. 全くない	b. 時々ある	c. 頻繁 <small>ひんぱん</small> にある	d. いつもそう	7
8	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか	a. 全くない	b. 時々ある	c. 頻繁 <small>ひんぱん</small> にある	d. いつもそう	8
9	電気や水道やガスが止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. 全くできない	9
10	一日の計画を自分で立てることができますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. 全くできない	10
11	季節に合った服を自分で選ぶことができますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. 全くできない	11
12	一人で買い物に行けますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. 全くできない	12
13	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. 全くできない	13
14	貯金の出し入れ、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. 全くできない	14
15	電話をかけることができますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. 全くできない	15
16	自分で食事の準備はできますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. 全くできない	16
17	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. 全くできない	17
18	入浴は一人でできますか	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要することがある	d. 全介助を要する	18
19	着替えは一人でできますか	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要することがある	d. 全介助を要する	19
20	トイレは一人でできますか	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要することがある	d. 全介助を要する	20
21	身だしなみを整えることは一人でできますか	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要することがある	d. 全介助を要する	21
22	食事は一人でできますか	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要することがある	d. 全介助を要する	22
23	家のなかでの移動は一人でできますか	a. 問題なくできる	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要することがある	d. 全介助を要する	23

これ以降のページは患者さまの日常生活について、よくご存じの方(ご本人様以外)がご記入ください。
 いらっしゃらない場合は、ご記入いただかなくて結構です。

*記入される方は、7 ページ目 (1 つ前のページ) の項目 17 で記入した方と同じですか。
 「はい」か「いいえ」に○をつけてください。

はい : 7 ページ目 (1 つ前のページ) と同じ記入者

いいえ : 7 ページ目 (1 つ前のページ) とは異なる記入者

異なる場合 続柄 : 年齢 : 歳 ご本人と (同居 ・ 別居)

18. 患者さんについて、日々の生活のご様子から判断して当てはまるものに○をつけてください。

		全くない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある	
1	同じことを何度も聞く						1
2	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりする						2
3	日常的な物事に関心を示さない						3
4	特別な理由がないのに夜中起き出す						4
5	根拠なしに、人に言いがかりをつける						5
6	昼間、寝ていることが多い						6
7	むやみに歩き回る						7
8	同じ動作をいつまでも繰り返す						8
9	乱暴にののしる						9
10	場違いな、あるいは季節に合わない服装をする						10
11	世話をされるのを拒む						11
12	明らかな理由なしに物を貯め込む						12
13	引き出しやタンスの中身を全部出す						13

19. ご本人の症状についてお聞きします。以下の説明をよくお読みになってから、各質問の当てはまると思う選択肢を○で囲んでください。

記入のしかた

- ここ1ヶ月で患者さん（ご本人）にみられた症状についてお尋ねします。ここ1ヶ月以内に質問にある症状を認める場合、「あり」に○をしてください。
- 「あり」の場合は「重症度」と「負担度」の項目にもお答えください。
- 質問にある症状が以前から元々ある場合は「ない」に○をしてください。
➤（例えば、若い頃から気が短く、ここ1ヶ月以内にひどくはなっていない場合など）
- 質問にある症状が、1ヶ月以上前にはあったが、ここ1ヶ月以内にはみられない場合も「ない」に○をしてください。
- 質問の内容がそもそも患者さん（ご本人）に当てはまらない場合は「適応なし」に○をしてください。
➤（例えば、元々寝たきりで、家の周囲を歩いたりすることがそもそもできない場合など）

「重症度」のつけ方

それぞれの症状が患者さん（ご本人）にどれほど影響しているのか、1~3のうち1つに○をしてください。

1	軽度：症状の存在は感じられるが、はっきりとした変化ではない
2	中等度：症状ははっきりと存在するが、劇的な変化ではない
3	重度：症状は非常に著明であり、劇的な変化を認める

「負担度」のつけ方

それぞれ症状について、あなた（記入者）が感じている負担度（あなたにどれほど影響しているか）を、0~5のうち1つ選び、○をしてください。

0	全くない：負担度は全くない
1	ごく軽度：負担は感じるが、処理するのに問題はない
2	軽度：それほど大きな負担ではないため、通常は大きな問題なく処理できる
3	中等度：かなり負担で、時に処理するのが難しい
4	重度：非常に負担で、処理するのが難しい
5	非常に重度あるいは極度：極度に負担で、処理できない

質問① 患者さん（ご本人）は事実でないとわかっていることを信じ込んでいますか。例えば患者さん（ご本人）から金品を盗もうとしたり、誰かが患者さん（ご本人）に危害を加えようとしていると言ったりしますか。

1つに○ → あり ・ なし ・ 適応なし

↓
ありの場合は重症度と負担度にも○をしてください。

重症度：1 2 3

負担度：0 1 2 3 4 5



重症度	1	軽度：症状の存在は感じられるが、はっきりとした変化ではない
	2	中等度：症状ははっきりと存在するが、劇的な変化ではない
	3	重度：症状は非常に著明であり、劇的な変化を認める

負担度	0	全くない：負担度は全くない
	1	ごく軽度：負担は感じるが、処理するのに問題はない
	2	軽度：それほど大きな負担ではないため、通常は大きな問題なく処理できる
	3	中等度：かなり負担で、時に処理するのが難しい
	4	重度：非常に負担で、処理するのが難しい
	5	非常に重度あるいは極度：極度に負担で、処理できない

質問② 患者さん（ご本人）は幻視や幻聴がありますか。実際にはないものが聞こえたり見えたりしている様に見えますか。

1つに○ → **あり** ・ なし ・ **適応なし**

↓ ありの場合は重症度と負担度にも○をしてください。

重症度：1 2 3

負担度：0 1 2 3 4 5

質問③ 患者さん（ご本人）は介助を拒んだり、扱いにくくなる場合がありますか。

1つに○ → **あり** ・ なし ・ **適応なし**

↓ ありの場合は重症度と負担度にも○をしてください。

重症度：1 2 3

負担度：0 1 2 3 4 5

質問④ 患者さん（ご本人）は、悲しそうであったり、落ち込んでいるように見えたり、そのように言ったりしますか。

1つに○ → **あり** ・ なし ・ **適応なし**

↓ ありの場合は重症度と負担度にも○をしてください。

重症度：1 2 3

負担度：0 1 2 3 4 5

質問⑤ 患者さん（ご本人）はあなたがいなくなると落ちつかなくなりますか。息苦しさやため息、リラックスできない、過度に緊張している等の、神経質さを示すことがありますか。

1つに○ → **あり** ・ なし ・ **適応なし**

↓ ありの場合は重症度と負担度にも○をしてください。

重症度：1 2 3

負担度：0 1 2 3 4 5

重症度	1	軽度：症状の存在は感じられるが、はっきりとした変化ではない
	2	中等度：症状ははっきりと存在するが、劇的な変化ではない
	3	重度：症状は非常に著明であり、劇的な変化を認める

負担度	0	全くない：負担度は全くない
	1	ごく軽度：負担は感じるが、処理するのに問題はない
	2	軽度：それほど大きな負担ではないため、通常は大きな問題なく処理できる
	3	中等度：かなり負担で、時に処理するのが難しい
	4	重度：非常に負担で、処理するのが難しい
	5	非常に重度あるいは極度：極度に負担で、処理できない

質問⑥ 患者さん（ご本人）は過度に機嫌がよかったり幸せそうであることはありますか。

1つに○ → **あり** ・ なし ・ 適応なし

↓ ありの場合は重症度と負担度にも○をしてください。

重症度：1 2 3

負担度：0 1 2 3 4 5

質問⑦ 患者さん（ご本人）は自身の日常活動や、他人の活動や計画に関心がなくなっているように見受けられますか。

1つに○ → **あり** ・ なし ・ 適応なし

↓ ありの場合は重症度と負担度にも○をしてください。

重症度：1 2 3

負担度：0 1 2 3 4 5

質問⑧ 患者さん（ご本人）は衝動的に行動する様に見えますか。例えば、見ず知らずの人にあたかも知人であるかのように話しかけたり、他人の感情を傷つけるようなことを言ったりしますか。

1つに○ → **あり** ・ なし ・ 適応なし

↓ ありの場合は重症度と負担度にも○をしてください。

重症度：1 2 3

負担度：0 1 2 3 4 5

質問⑨ 患者さん（ご本人）は気むずかしく、怒りっぽいですか。計画が遅れたり待たされたりすることが、我慢できなかつたりしますか。

1つに○ → **あり** ・ なし ・ 適応なし

↓ ありの場合は重症度と負担度にも○をしてください。

重症度：1 2 3

負担度：0 1 2 3 4 5



重症度	1	軽度：症状の存在は感じられるが、はっきりとした変化ではない
	2	中等度：症状ははっきりと存在するが、劇的な変化ではない
	3	重度：症状は非常に著明であり、劇的な変化を認める
負担度	0	全くない：負担度は全くない
	1	ごく軽度：負担は感じるが、処理するのに問題はない
	2	軽度：それほど大きな負担ではないため、通常は大きな問題なく処理できる
	3	中等度：かなり負担で、時に処理するのが難しい
	4	重度：非常に負担で、処理するのが難しい
	5	非常に重度あるいは極度：極度に負担で、処理できない

質問⑩

患者さん（ご本人）は家の周辺を歩いたり、ボタンをもてあそんだり、ひもを巻きとったりするなど、同じ行為を繰り返す事がありますか。

1つに○ → **あり** ・ **なし** ・ **適応なし**



ありの場合は重症度と負担度にも○をしてください。

重症度：1 2 3

負担度：0 1 2 3 4 5

質問⑪

患者さん（ご本人）は夜中にあなたを起こしたり、朝非常に早く起きたり、過度に昼寝をすることがありますか。

1つに○ → **あり** ・ **なし** ・ **適応なし**



ありの場合は重症度と負担度にも○をしてください。

重症度：1 2 3

負担度：0 1 2 3 4 5

質問⑫

患者さん（ご本人）は、体重が減ったり増えたり、食物の好みが変わったりしていませんか。

1つに○ → **あり** ・ **なし** ・ **適応なし**



ありの場合は重症度と負担度にも○をしてください。

重症度：1 2 3

負担度：0 1 2 3 4 5

20. これまでに記入いただいた内容と被る項目がございますが、現時点のご様子に○をつけてください。

1	6 か月間で 2~3 kg の体重減少がありましたか？	はい	いいえ	簡 1 基 11
2	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか？	はい	いいえ	簡 2
3	週に 1 回以上のウォーキング等の軽い運動や体操をしていますか？	はい	いいえ	簡 3 身①
4	週に 1 回以上の定期的な運動・スポーツをしていますか？	はい	いいえ	身②
5	5 分前のことが思い出せますか？	はい	いいえ	簡 4
6	ここ 2 週間、わけもなく疲れたような感じがしますか？	はい	いいえ	簡 5 基 25
7	バスや電車で 1 人で外出していますか？	はい	いいえ	1
8	日用品の買い物をしていますか？	はい	いいえ	2
9	預貯金の出し入れをしていますか？	はい	いいえ	3
10	友人の家を訪ねていますか？	はい	いいえ	4
11	家族や友人の相談にのっていますか？	はい	いいえ	5
12	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか？	はい	いいえ	6
13	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？	はい	いいえ	7
14	15 分くらい続けて歩いていますか？	はい	いいえ	8
15	この 1 年間に転んだことがありますか？	はい	いいえ	9
16	転倒に対する不安は大きいですか？	はい	いいえ	10
17	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか？	はい	いいえ	13
18	お茶や汁物等でむせることがありますか？	はい	いいえ	14
19	口の渇きが気になりますか？	はい	いいえ	15
20	週に 1 回以上は外出していますか？	はい	いいえ	16
21	昨年と比べて外出の回数が減っていますか？	はい	いいえ	17
22	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？	はい	いいえ	18
23	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？	はい	いいえ	19
24	今日が何月何日か分からない時がありますか？	はい	いいえ	20
25	ここ 2 週間、毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ	21
26	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	はい	いいえ	22
27	ここ 2 週間、以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	はい	いいえ	23
28	ここ 2 週間、自分が役に立つ人間だと思えない	はい	いいえ	24

21. あなた（記入者）の気持ちにもっとも当てはまると思う数字に○を囲んでください。

		思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う	
1	ご本人の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか	0	1	2	3	4	1
2	ご本人のそばにいと腹が立つことがありますか	0	1	2	3	4	2
3	介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか	0	1	2	3	4	3
4	ご本人のそばにいと、気が休まらないと思いますか	0	1	2	3	4	4
5	介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか	0	1	2	3	4	5
6	ご本人が家にいるので、友達を自宅によびたくてもよべないと思ったことがありますか	0	1	2	3	4	6
7	介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか	0	1	2	3	4	7
8	ご本人に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	0	1	2	3	4	8

質問は以上です

最後までご記入ありがとうございました。この問診票は、全 14 ページになります。患者さんにご家族にとって、充実した診療を提供させていただくための重要な情報となります。記入もれがないか、今一度ご確認をお願いいたします。

おねがい

受診後のフォローアップのため、初診より半年ないし1年後に、郵送またはお電話にて、近況をお伺いする場合があります。ご協力をよろしくお願いいたします

問い合わせ先

東京都健康長寿医療センター 認知症専門相談室
〒173-0015 東京都板橋区栄町 35 番 2 号
03-3964-1141



2024年1月10日作成