

<b>物忘れスピード問診票</b>		記載： 20( )年( )月( )日	
患者さんのお名前	( )	( )歳	<input type="checkbox"/> 男性、 <input type="checkbox"/> 女性
記載者	<input type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> 配偶者の方、 <input type="checkbox"/> 息子さん、 <input type="checkbox"/> 娘さん、 <input type="checkbox"/> お嫁さん、 <input type="checkbox"/> その他の方	

**【1】 症状チェック：** 該当する□に印をつけてください(例：☑ )

1 記憶 軽	<input type="checkbox"/> 人の名前や言葉がすぐに 出てこない。「あれあれ、それ それ」が多くなった。	11 言語 I	<input type="checkbox"/> 込み入った話やテレビドラ マの筋が理解できなくなっ た。	21 精神	<input type="checkbox"/> 無関心(例：□今まで好き だったことに無関心。□無気 力。□社交性がなくなった。)
2 記憶 軽	<input type="checkbox"/> 日付や曜日を一日に何度 も確認する。	12 言語 I	<input type="checkbox"/> 話のつじつまが合わない。 自分の言いたいことが分 からなくなる。	22 精神	<input type="checkbox"/> 不安、不眠(例：□不安にな る、□気がめいる、□夜、眠れ ない。)
3 記憶 軽	<input type="checkbox"/> 最近のことを思い出せない。 (例：□何をしに来たのか、 □どこに置いたのか)	13 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 慣れている作業(趣味・日 課)がうまくできなくなった。	23 精神	<input type="checkbox"/> 被害者意識(例：□被害者 意識が強くなった。□物が見 当たらないと盗まれたと思う。)
4 記憶 中	<input type="checkbox"/> 行うべきことを忘れる。 (例：□薬の飲み忘れ □火・電気の消し忘れ □蛇口の閉め忘れ)	14 行為 遂行	<input type="checkbox"/> お金を使つての買い物が できなくなった。	24 精神 F	<input type="checkbox"/> 性格が変わった(例：□怒り っぽい、□落ち着きがない、 □遠慮がない、□独り言を続 ける、□興奮しやすい。)
5 記憶 中	<input type="checkbox"/> よく知っている人(家族や 友人)の名前が出てこない ことがある。	15 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 一人で乗り物を利用して外 出することが難しくなった。	25 精神 L	<input type="checkbox"/> 幻覚(例：□実際にはない物 や人が見える：幻視、□音・声 が聞こえる：幻聴)
6 記憶 中	<input type="checkbox"/> 約束の時間・場所などを間違 える。	16 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 今までできた一連の動作 ができない。(例□料理、 □洗濯、□薬の管理、□お金 の管理、□年賀状作成)	26 行動	<input type="checkbox"/> 身だしなみ・排尿の件(例： □身だしなみを気にしない。 □何日も入浴しない。 □排尿・排便の失敗。 □ゴミを捨てない。)
7 記憶 中	<input type="checkbox"/> 一度に二つのことを覚えら れない。	17 行為 遂行	<input type="checkbox"/> 使いなれた道具・器械が 使えない。(例：□リモコン、 □携帯電話、□パソコン、□ メール、□爪切り)	27 行動	<input type="checkbox"/> 屋内・屋外を一人で歩き回 る(うろうろする)。
8 記憶 重	<input type="checkbox"/> すぐに忘れる。(例：□同じこ とを何度も言ったり聞いたりす る。 □30分後には忘れている。 □同じ物を毎回買う。)	18 判断	<input type="checkbox"/> 判断力の低下、だまされや すくなった。 (例：□振り込め詐欺・ 受け取り詐欺など、 □高額な買い物)	28 行動 F	<input type="checkbox"/> 同じ行為とこだわり(例： □日常生活で同じ行為を繰り返 す。 □ある事柄にこだわる。)
9 記憶 重	<input type="checkbox"/> 今いる場所が、分からなく なることがある。	19 行為 認知 r	<input type="checkbox"/> 服の前後や上下を間違え る。頭や腕を通すところが わからない。	29 他	<input type="checkbox"/> 睡眠のリズムの障害： 昼 夜逆転
10 記憶 重	<input type="checkbox"/> 家族や親しい人の顔が分 からなくなった。	20 認知 r	<input type="checkbox"/> 知っているはずの道に迷う ことがある。	30 他 L	<input type="checkbox"/> 歩行障害(例：□歩き方が変 になった。□転倒しやすい。 □意識を失うことがある。)

**【2】 進行パターンチェック** (□にチェック☑、( )内に数字)

脳の病気(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など)になったことはありますか⇒ <input type="checkbox"/> ない、 <input type="checkbox"/> 1回ある、 <input type="checkbox"/> 2回以上ある
物忘れが始まったのはいつ頃ですか⇒ ( )年前、( )カ月前、( )週前、( )日前
進行は次の図のどれに該当しますか⇒ ( <input type="checkbox"/> A、 <input type="checkbox"/> B、 <input type="checkbox"/> C、 <input type="checkbox"/> D、 <input type="checkbox"/> E、 <input type="checkbox"/> F)に該当する。 <input type="checkbox"/> 該当するものはない。

[A]半年から1年間、ほとんど変化なし(またはきわめて徐々に進行)  
 [B]半年から1年間、ゆっくり進行  
 [C]半年から1年間、ゆっくり進行していたが、最近急激に悪化  
 [D]半年から1年間、波状または階段状に悪化  
 [E]数日または数週前から、急激に発症し悪化  
 [F]悪化し、その後改善、またはその繰り返し。

