

表1、物忘れスピード問診票

物忘れスピード問診票		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 / <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： <input type="checkbox"/> 今まで好き だったことに無関心。 <input type="checkbox"/> 無気 力。 <input type="checkbox"/> 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 / <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： <input type="checkbox"/> 不安にな る、 <input type="checkbox"/> 気がめいる、 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 何をしに来たのか、 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 被害者 意識が強くなった。 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ <input type="checkbox"/> 火・電気の消し忘れ <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 怒り っぽい、 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない、 <input type="checkbox"/> 遠慮がない、 <input type="checkbox"/> 独り言を続 ける、 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 実際にはない物 や人が見える：幻視、 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 料理、 <input type="checkbox"/> 洗濯、 <input type="checkbox"/> 薬の管理、 <input type="checkbox"/> お金の 管理、 <input type="checkbox"/> 年賀状作成)	26 行動 <input type="checkbox"/>	身だしなみ・排尿の件(例： <input type="checkbox"/> 身だしなみを気にしない。 <input type="checkbox"/> 何日も入浴しない。 <input type="checkbox"/> 排尿・排便の失敗。 <input type="checkbox"/> 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"/>	使いたれた道具・器械が 使えない。(例： <input type="checkbox"/> リモコン、 <input type="checkbox"/> 携帯電話、 <input type="checkbox"/> パソコン、 <input type="checkbox"/> メール、 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 同じこ とを何度も言ったり聞いたりす る。 <input type="checkbox"/> 30分後には忘れている。 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 振り込め詐欺・ 受け取り詐欺など、 <input type="checkbox"/> 高額な買い物)	28 行動 F <input type="checkbox"/>	同じ行為とこだわり(例： <input type="checkbox"/> 日常生活で同じ行為を繰り 返す。 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 歩き方が変 になった。 <input type="checkbox"/> 転倒しやすい。 <input type="checkbox"/> 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。 |
|---|---------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

