

## もの忘れが気になる方へ これからの治療を一緒に考えるための 質問票

このシートは、あなたの現在の困りごとや気持ち、生活の状況を整理し、  
医師などの医療者に伝えるサポートをするものです。  
ご自身の状況を整理するためにも役立ちますので、**率直な気持ち**をご家族や周りの方に伝え、  
相談しながら一緒に記入しましょう。  
わからないところ、答えられないところは空欄でもかまいません。

住所  都・道・府・県  市・区・郡

### ● 病院までは何でこられますか？

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 車…だれが運転してこられますか？ | <input type="checkbox"/> 公共交通機関(電車・バスなど)             |
| <input type="checkbox"/> ご自身(ご本人)         | <input type="checkbox"/> 徒歩                          |
| <input type="checkbox"/> 家族               | <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> ) |
| <input type="checkbox"/> その他              |  |

### ● 病院までどのくらい時間がかかりますか？

- ~30分       30分~1時間       1時間以上(約  時間)

### ● ご家族について教えてください。

- |                             | 同居                       | 近居                       |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 配偶者( 夫 / 妻 )                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 子供( 息子 / 娘 )                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| その他( <input type="text"/> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### ● 通院に付き添いいただける方はいますか？

- いる  
 いない  
 通院頻度による  
 わからない

### ● ご両親・ご兄弟にももの忘れが目立つ方や認知症といわれた方はいらっしゃいますか？

- いる  
 いない  
 わからない

### ● 現在飲んでいるお薬はありますか？

- 高血圧のお薬  
 糖尿病のお薬  
 高コレステロールのお薬  
 血液をサラサラにするお薬(お薬の名前(わかれば):  )  
 認知症のお薬

● もの忘れ・認知症の症状による、日常生活の困り具合を教えてください。

ご自身(ご本人)が	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ご家族が	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	とても困っている	まあまあ困っている	少し困っている	あまり困っていない

● どのようなことに困っていますか？

\_\_\_\_\_

● それはいつごろからですか？ また、症状についてだれかに指摘されましたか？

■ いつ	■ だれに
<input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 2~3年前	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職場の人
<input type="checkbox"/> それ以上前から	<input type="checkbox"/> その他( _____ )

● 今、お仕事はされていますか？

フルタイム     パートタイム     仕事をしていない

● 日々の生活でこれからも続けていきたい活動はありますか？

(散歩や園芸、料理、趣味、ボランティアなど、自由にご記入ください。)

\_\_\_\_\_

● もの忘れ・認知症に対する治療について、一番近い気持ちを教えてください。

今の生活や楽しみにしていることをできるだけ長く続けることが期待できるお薬について、どう思いますか？

ご自身(ご本人)の気持ち	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ご家族の気持ち	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	とても使ってみよう	どちらかといえば使ってみよう	どちらかといえば使いたくない	あまり使いたくない

治療についてどのように選びたいですか？

自分で決めたい     家族と一緒に決めたい     家族に決めてもらいたい

もの忘れ・認知症に対する治療について、聞いたことがある言葉はありますか？

<input type="checkbox"/> アルツハイマー病	<input type="checkbox"/> 注射薬	<input type="checkbox"/> その他( _____ )
<input type="checkbox"/> アミロイドβ プラーク	<input type="checkbox"/> 抗体薬	<input type="checkbox"/> 聞いたことがある言葉はない

● その他、治療に対する希望や、気になること、伝えたいことがありましたらご記入ください。

\_\_\_\_\_

監修：東京都健康長寿医療センター 脳神経内科医長 井原 涼子 先生