

問診票

1. もの忘れはいつごろから出始めましたか？

なにか、きっかけはありましたか？

2. 半年以内に頭をぶついたり、怪我をしたりしましたか？
それはいつごろですか？

3. あるはずのないものや人が見える、何かが聞こえるなどの症状はありますか？

4. 手足、歩行などに不自由はありますか？

5. 一緒に住んでいる人はいますか？
それはだれですか？

6. 介護保険は申請していますか？
介護度は？

何か気になることがありますか？