

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 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っ たことがある。	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⇒ ない、 1回ある、 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⇒ (A、B、C、D、E、F)に該当する。☐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] 数日または数週間前から、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。

