

○ 症状について（ 当てはまるところ全てに○をしてください ）

- | | | | |
|----|--------------------|----|---------------------|
| 1 | 同じことを何度も話すようになった | 11 | テレビ番組を見なくなった |
| 2 | 物の置き忘れやしまい忘れが目立つ | 12 | つじつまの合わない話をするようになった |
| 3 | 計算間違いが多くなった | 13 | いつもの日課をしなくなった |
| 4 | 物の名前が出てこない | 14 | 物事に興味を示さなくなった |
| 5 | 今会った人のことをすぐに忘れる | 15 | だらしなくなった |
| 6 | よく知っている人の顔と名前を忘れる | 16 | 見当たらない財布等を「盗まれた」という |
| 7 | 時間や場所の感覚が不確かになった | 17 | 誰もいないのに会話をしていることがある |
| 8 | 慣れている場所で道に迷う | 18 | 見えないものが見えるという |
| 9 | 料理で鍋をたびたび焦がすことがある | 19 | 以前よりひどく疑い深くなった |
| 10 | 料理の手順や味付けが分からなくなった | 20 | ささいなことで怒りっぽくなった |

○ その症状についてお伺いします

- | | | | | |
|---|-----------------------|----|--------|---|
| 1 | 症状に気がついたのはいつ頃ですか？ | 年 | 月 | 頃 |
| 2 | 症状は急に始まりましたか？ | 急に | いつの間にか | |
| 3 | 症状に気がついたのは誰ですか？ | 本人 | 周囲の人 | |
| 4 | 症状は1日のうちで変わることがありますか？ | ある | ない | |

○ 今一番お困りなことは何ですか？

○ 現在の生活情報についてお伺いします

- | | | | |
|---|-------------|-----------|-----|
| 1 | 一人暮らし | | |
| 2 | 家族と同居 | | |
| | 配偶者 | （ 夫 ・ 妻 ） | 子ども |
| | その他 | （ | ） |
| 3 | その他 | （ | ） |
| | 施設入所中、入院中など | | |