

## 問診に備える

下記の情報をできるだけ詳しく記入して 医師にお見せ下さい。医師の質問に対し、自分の変化について正直に答えましょう。

健康状態、記憶、あるいは気分に変化がありましたか？

---

---

どのような変化ですか？

---

---

初めて変化に気づいたのはいつですか？

---

---

この変化はどのぐらいの頻度で起きますか？

---

---

この変化はいつ起きますか？それは常に、あるいは一日の決まった時間にですか？

---

---

それが起きたとき、どうしていますか？

---

---

どのような同じ行動をとりますか？

---

---

次の項目の中で当てはまる問題がありますか？

該当する回答にチェックマークを入れてください。

同じことを繰り返す、あるいは同じ質問を尋ねることがありますか？

まったくない       時々ある       たびたびある       あてはまらない

1.800.272.3900 | [www.alz.org](http://www.alz.org)

予定、家族との集まり、祝日を覚えていないことがありますか？

まったくない       時々ある       たびたびある       あてはまらない

小切手を書く、支払いをする、(銀行口座などの)収支を合わせるのに困難なことがありますか？

まったくない       時々ある       たびたびある       あてはまらない

1人での買い物(例：洋服、食品)に困難がありますか？

まったくない       時々ある       たびたびある       あてはまらない

指示通りに薬を飲むのに困難なことがありますか？

まったくない       時々ある       たびたびある       あてはまらない

慣れた場所での散歩や運転の途中で迷うことがありますか？

まったくない       時々ある       たびたびある       あてはまらない

### 薬物および病歴

摂取している市販および処方薬(投薬量、頻度)を記入してください：

---

---

ビタミンおよびハーブサプリメントを記入してください：

---

---

現在の健康状態を記入してください：

---

---

過去の健康状態を記入してください：

---

---

### 医師への質問

どんなテストを受けるのか、また診断を受けるまでにどのぐらいかかるのか？

---

---

専門医に紹介するのか？

---

---

1.800.272.3900 | [www.alz.org](http://www.alz.org)

今摂取している薬物が、私が経験している症状を引き起こしている可能性はあり得るか？

---

---

私の他の病気がこれらの症状を起こしていたり、これらを悪化させる可能性があるか？

---

---

もしアルツハイマー病であった場合、予期すべきことは？

---

---

アルツハイマー病のための治療には何があるのか？ そのリスクと利点、起こり得る副作用は？

---

---

臨床試験への参加については？ そのリスクと利点は？

---

---

その他に私が知っておくべきことは？

---

---

次回の検診は？

---

---

本ツールの一部の情報は *Chronic Care Networks for Alzheimer's Disease (CCN/AD)* プロジェクト向けに策されており、その権利は *Alzheimer's Association* および *National Chronic Care Consortium* が共同で所有しています。 *Alzheimer's Association* は、アルツハイマー病の介護、サポート、そして研究において世界を率いるボランティア組織です。

1.800.272.3900 | [www.alz.org](http://www.alz.org)