

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

1.800.272.3900 | www.alz.org

© © 2011 Alzheimer's Association. 無断転載、複製を禁じます。 本書は Alzheimer's Association の公式出版物ですが、非提携組織あるいは個人により配布される場合があります。 そのような配布は、これらの団体あるいはその活動に対する Alzheimer's Association の賛同あるいは保証を表すものではありません。

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の薬物(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くらいかかるのか？

専門医に紹介するのか？

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。