

もの忘れ外来

問 診 票

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 年齢(満) 歳(男・女)

受診に付き添われる方 _____ 患者さんとのご関係()

○家族構成 : 独居 ・ 同居 (人)
*同居の場合は家族構成も記入して下さい
配偶者 ・ 子供 ・ その他 ()

1) 現在の症状で困っている、又はご心配なことは何ですか。

(いつの頃からどのような事がみられましたか、具体的にご記入下さい。)

[]

2) 既往歴

(過去に受けている治療、入院履歴などお分かりになる範囲でご記入下さい。)

[]

3) 家族歴

(血縁関係のある方で、下記の病気に該当する場合は丸を付けて下さい。)

認知症 / 高血圧症 / 心臓病 / 糖尿病 / 高脂血症
甲状腺 / 結核 / がん / 脳血管障害
その他 ()

4) 生活歴

(仕事歴・最終学歴)

[]

次ページに続く

5) 介護保険申請 (あり ・ なし ・ 不明)

〔 要支援 1 ・ 2
要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 〕

6) 介護サービスの利用 (あり ・ なし ・ 不明)

〔 ヘルパー ・ デイサービス ・ ショートステイ 〕

7) 自立度

- ・一人で買い物など (している ・ していない)
- ・一人で金銭管理など (している ・ していない)
- ・一人で入浴 (している ・ していない)
- ・食事の支度 (している ・ していない)
- ・排泄・排便に問題 (ある ・ ない)
- ・日頃の運動習慣 (毎日している ・ 週に数回 ・ 月に数回 ・ なし)
- ・何か楽しめる趣味 (ある ・ ない)

あるとお答えの方は、内容をご記入下さい

〔
〕

8) 喫煙 (あり ・ なし ・ _____歳頃止めた)

飲酒 (毎日飲む ・ ときどき ・ 全く飲まない)

9) その他、相談したいことがあればご記入下さい。

〔
〕