

物忘れが気になる方へ ②

★まずは電話にてご予約下さい。

(日付 年 月 日)

★お手数ですがわかる範囲でご記入下さい。ご不明な点がございましたら職員までお尋ねください。

《記入者》本人・その他続柄 ()

フリガナ 受診される方の名前		(男・女)
生年月日 (大正・昭和)	年 月 日	年齢 歳
〒 住所	電話番号	
介護保険：□未申請 □申請中 要支援□1 □2 要介護□1 □2 □3 □4 □5		

★受診された理由で当てはまるものにチェックをお願いします。(複数回答可)

- 物忘れが気になる
- 物忘れが急に始まった
- 物忘れが最近ひどくなってきた
- 物忘れが原因で大きな失敗をした ()
- かかりつけの医師に受診を勧められた (病院名)
- その他 ()

★あなたが今一番お困りなことはどんなことですか？

★現在通院している病院がありますか？

- ある 病名 () 病院名 ()
- なし

★現在内服している薬はありますか？

- ある 薬の内容 ()
- なし ◎お薬手帳持参で省略可

★★裏面もあります★★

★今までに大きなけがや病気をしたことがありますか？

ある（ ）

なし

★薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

ある（ ）

なし

★飲酒やたばこについてうかがいます。

飲酒 飲まない 飲む（1日あたり を 杯位）

以前飲んでいた（ 歳頃まで） 機会飲酒程度

喫煙 吸わない 吸う（1日あたり 本くらい）

以前吸っていた（ 歳頃まで）

★家族構成を教えてください。

一人暮らし

家族と同居（同居者： ）

その他（ ）

★生育歴・教育歴・職業歴・結婚歴についてうかがいます。

・どちらで生まれ育ちましたか？（ ）

・最終学歴（尋常小学校尋常高等小学校中学高校）

（専門学校大学大学院） 卒業中退

・職歴（ ）

・未婚 ・既婚 ・離婚 ・死別

★診療にあたって、ご希望や伝えたいことがありましたら

ご自由にお書きください。

※この問診票の情報は診療以外の目的で使用することはありません。

ご協力ありがとうございました。

峡西病院

TEL055-282-2151