

物忘れが気になる方へ ③

★まずは電話にてご予約下さい。

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

ご家族用（付き添い者）名前：

関係：

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
介護保険： <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

★ご家族（付き添い）の方からみて受診に至った動機はなんですか？

★物忘れに加えて困る症状がありますか？

- なし
- ある・・・落ち着かない性格が変わった物忘れを認めない
- 怒りっぽい被害妄想（お金を盗られた等）暴言・暴力
- 夜眠らない意欲・元気がなくなった 介護拒否 介護抵抗
- 幻視（見えないものが見える等）その他（ ）

★いつ頃からですか？ 年 月頃から

★当院に何を希望しますか？

- 診断してもらいたい 認知症の進行を遅らせたい
- 介護を楽にする処方がほしい 介護のコツを教えてほしい
- 入院 介護施設への入所を検討したい
- 介護保険を申請書類の作成 障害者手帳を申請書類の作成
- 後見人の書類を作成したい
- その他（ ）

★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

★★裏面もあります★★

★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

★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

喫煙 吸わない 吸う（1日あたり 本くらい×喫煙歴 年）

以前吸っていた（ 歳頃から 歳頃まで× 1日あたり 本くらい）

★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