

もの忘れ外来 初診用紙

記入日 年 月 日 記入者 続柄()

フリガナ		生年月日 (年齢)	大正・昭和 年 月 日生
ご本人のお名前			(才)
同伴者のお名前	続柄 ()	電話	- -
住所	〒 -		

1 今までに当院にかかれたことはありますか？ → ① ある ② ない

2 現在、誰と一緒に住んでいますか？

- ① 家族と一緒に → 配偶者 ・ 子供やその家族 ・ その他 ()
- ② 一人で住んでいる
- ③ 施設に入所中 → 施設名 ()

3 介護保険の認定を受けていますか？

- ① 受けている → 要支援： 1 2 要介護： 1 2 3 4 5
居宅支援事業所名 () 担当ケアマネージャー ()
- ② 申請していない
- ③ 申請中
- ④ 変更申請中

4 受診のきっかけは何ですか？

- ① 本人の希望 ② 家族の希望 ③ かかりつけ医のすすめ ④ ケアマネージャーのすすめ
- ⑤ その他 ()

5 主な症状は何ですか？

① もの忘れ (具体的に)	
② その他 (具体的に)	

6 もの忘れの症状はいつごろから始まりましたか？

() 才ごろ 約 () 年前

7 これまでに同じ理由で他の病院やクリニックにかかったことがありますか？

- ① ある (医療機関名：) ② ない

20 現在の症状にあてはまるものにチェック✓をつけてください

- 人の名前がでてこなくなった
- 物の名前がでてこなくなった
- 計算のまちがいが多くなった
- 時間や場所の感覚が不確かになった
- 置き忘れやしまい忘れがある
- いつも降りる駅やバス停を乗り過ごすことがある
- 慣れているところで道に迷った
- 薬の飲み忘れが多くなった
- 火の始末やガスの止め忘れがある
- テレビドラマの内容が理解できなくなった
- 以前あった興味や関心がうすれいでいる
- 悩み事がある
- あまりよく眠れない

21 最近、普段の生活の中で、お困りになる場面はありますか？

また、ご自身のことで心配や不安はありますか？あるようでしたら、ご自由にお書きください。