

注) ご本人ではなく、必ずご家族の方が記入して下さい

もの忘れ外来 問診票 ～受診される方の状況を教えてください～

氏名 男・女 生年月日 年 月 日
職業 (退職される前) 記載者名 (続柄)
家族構成

1.いつ頃からどのように具合が悪くなりましたか

2.該当する症状に○をつけて下さい

- () もの忘れ () 怒りっぽくなった () 意欲の低下
() 不潔行為 () 介護の抵抗 () 徘徊
() 不眠 () 妄想 () 見えるはずのないものが見える

3.過去にかかった病気に○をつけて下さい

- () 脳疾患：脳梗塞、脳出血など () 心疾患：狭心症、不整脈など
() 高血圧 () 糖尿病 () 高脂血症
() その他 ()

4.今までに精神神経科の受診歴 (入院歴) はありますか

5.今飲んでいる薬はありますか

6.アレルギーはありますか

7.嗜好など

タバコ (本/日) 飲酒 ()
趣味 ()

8.介護申請はしていますか

要介護度： 要支援 要介護

利用中のサービス： デイサービス デイケア 訪問看護 ショートステイ
ホームヘルパー その他