

むつみホスピタル 認知症疾患医療センター 予診表

記入日 令和 年 月 日

フリガナ

患者さんのお名前 _____ 様 男性・女性

生年月日:大正・昭和・平成 年 月 日 ()歳

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____

■お付き添いの方のお名前・連絡先をお願いします。

フリガナ

付き添いの方のお名前 _____ 様 続柄 _____

付き添いの方の住所 _____

電話番号 _____

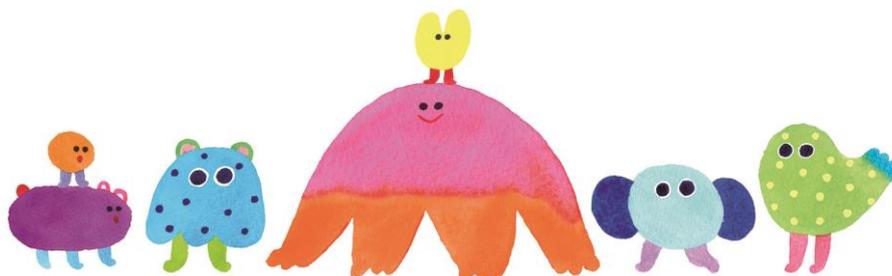
① 当院では、初診時または保険変更時に保険証コピーを確認の為、
とらせていただいております。

保険証のコピーをとることに同意します。〔 はい ・ いいえ 〕

② よろしければ、当院をお知りになった理由をお聞かせください。

- ・かかりつけ医からの紹介(医療機関名: _____)
- ・家族が通院しているから
- ・インターネット
- ・電話帳
- ・その他(_____)
- ・知人、友人からの紹介
- ・雑誌、新聞等
- ・看板

ご協力ありがとうございました。個人の情報については厳守致します。
裏面のご記入もよろしくお願い致します。



診療に役立てる為に下記の質問にお答えください。

① 今現在患者様のことで、困っていることはどんなことですか？

(あてはまる項目にチェックしてください。複数回答可)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も話す／たずねる | <input type="checkbox"/> 伝えたことを聞いていないと言う |
| <input type="checkbox"/> 今あったことをすぐ忘れる | <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった |
| <input type="checkbox"/> こだわりが強くなった | <input type="checkbox"/> 繰り返し同じ行動をする |
| <input type="checkbox"/> いないはずの人が家にいると言う | <input type="checkbox"/> 食べ物の好みが変わった |
| <input type="checkbox"/> よく転ぶようになった | <input type="checkbox"/> 話が通じにくくなった |
| <input type="checkbox"/> 家事、趣味など今までしていたことをしなくなった | |
| <input type="checkbox"/> 電気製品、リモコンがうまく使えなくなった | <input type="checkbox"/> お風呂に入ることを嫌がる |
| <input type="checkbox"/> 被害的になる、無くした物を「盗られた」と言う | |
| <input type="checkbox"/> よく寝言を言う、夜中にゴソゴソ何かしている | |
| <input type="checkbox"/> その場にはいない人や動物が見えると言う | |
| <input type="checkbox"/> 誰かと話しているような独り言を言う | |
| <input type="checkbox"/> 家族などよく知っている人の顔がわからないことがある | |

② ①以外で困っていることはありますか？

③ 今回の受診で相談したいことはいつ頃からありましたか？

④ これまでに罹ったことのあるご病気はありますか？〔 なし ・ あり 〕

- | | | | |
|--------------|-------|--------|----------|
| いつ頃() | 病名() | 病院名() | ()通院・入院 |
| いつ頃() | 病名() | 病院名() | ()通院・入院 |
| いつ頃() | 病名() | 病院名() | ()通院・入院 |
| ・感染症や皮膚疾患() | ・肝炎 | 型) | |

⑤ 介護保険を利用されていますか？

〔 なし (未申請 ・ 申請中) ・ あり (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) 〕

・介護保険サービスを使っていますか？〔 いいえ ・ はい 〕

⑥ 現在の身体状況についてご記入ください。

〔身長: cm、体重: kg、利き手: 〕

⑦ 最終学歴をお答えください。あてはまるものに○をつけてください。

小学校 ・ 中学校 ・ 高校 ・ 大学 ・ その他()

⑧ どのようなお仕事をされていたか？そのお仕事を何歳までされていたか？

⑨ 患者さんの家族構成をお答えください。

配偶者 ・ 子ども(人) ・ 兄弟姉妹(人きょうだい 番目)

・患者さんの血縁に認知症にかかったことのある方がいらっしゃいますか？

〔 なし ・ あり(患者様との続柄:) 〕

⑩ 患者さんは薬や食品にアレルギーはありますか？

〔 なし ・ あり() 〕