

問 診 票

年 月 日

受診される方について、ご家族や身近な方がご回答ください。
ご不明な箇所は空欄のままにしておいてください。

ご本人のお名前 _____ (男・女) 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)

① 今回、もの忘れ外来を予約されたきっかけは何ですか？

- 主治医の勧め 病院ホームページ 家族、知人 いきいき支援センター
 その他 (_____)

② 現在、どのような症状がございますか。該当するものにチェックを入れてください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も聞く・話す・する | <input type="checkbox"/> ガスや水道の止め忘れがある |
| <input type="checkbox"/> 置忘れが増え、いつも探し物をしている | <input type="checkbox"/> 慣れた道でも迷うことがある |
| <input type="checkbox"/> 話のつじつまが合わない | <input type="checkbox"/> 夜寝ないでごそごそしている |
| <input type="checkbox"/> 自宅にいながら「家に帰る」という | <input type="checkbox"/> 歩き回りじっとしていない |
| <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる | <input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れる |
| <input type="checkbox"/> 最近怒りっぽく、忠告や介助に抵抗する | <input type="checkbox"/> 財布・通帳などを盗まれたと言う |
| <input type="checkbox"/> 実際にはいないのに、人などがいると言う | <input type="checkbox"/> 排泄の始末ができなくなった |
- 上記の症状はいつごろからありますか？ _____

③ 次のことが理解できていますか？ (できないものにチェックしてください)

- 今日の日にか 自分の年齢 自分がいる場所 親しい人の顔

④ 日常生活でできなくなったことはありますか？ (できないものにチェックしてください)

- 食事 歩行 排泄 身支度 入浴
 その他 (_____)

⑤ これまでに大きな病気や怪我、手術や入院の経験がありますか？ ある ない

→ 「ある」とお答えの方は、その時期 (年齢) と病名をご記入ください。

時期 _____ 病名 _____

⑥ かかりつけの病院、診療所はありますか？ ある ない

→ 「ある」とお答えの方は病院名、診療所名をご記入ください。

病院・診療所名 _____

⑦ 介護保険の利用： { 有 (区分：要支援 _____、要介護 _____) 無 }

担当ケアマネージャー： (有 無)

利用中の介護サービス： デイサービス _____ 回/週、 訪問看護 _____ 回/週

訪問介護 _____ 回/週、 ショートステイ _____ 回/週

その他 (_____)

⑧ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報提供取得に同意しますか？ (する・しない)

ご記入者のお名前 _____ (続柄 _____)

ご回答ありがとうございました