

物忘れ外来を受診される方へ

ご家族の方がご記入ください

No. _____

フリガナ

受診される方のお名前 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女) 最終学歴 _____

1. 「物忘れかな？」と最初に気づかれたのはいつ頃ですか？
2. その物忘れは生活上または仕事上に支障が出ていますか？
 ない ある
3. その物忘れは金銭管理に支障がありますか？
 ない ある
4. 現在治療中の病気があれば、をつけてください。
 高血圧症 糖尿病 脂質異常症 狭心症 心筋梗塞 脳卒中
 その他()
5. 過去に頭部外傷などの大きなけが、病気をしましたか？
6. 現在飲んでいるお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちでしたら、お見せください。)
7. 下記の症状で、あてはまるものがあれば をつけてください。(いくつでも結構です。)

<input type="checkbox"/> 少し前のことを忘れていたり、同じことを何度も言う	<input type="checkbox"/> 思い込みや妄想、幻覚、幻聴がある
<input type="checkbox"/> 日付・時間・季節の感覚がない	<input type="checkbox"/> 昼間寝ていて、夜寝ない または騒ぐ
<input type="checkbox"/> 服装などの身の回りに無頓着になった	<input type="checkbox"/> 以前よりも怒りっぽくなった(暴言、暴行)
<input type="checkbox"/> 慣れた道に迷うことがある	<input type="checkbox"/> 外に出て行って帰ってこられない
<input type="checkbox"/> エアコンなど電化製品を使えなくなった	<input type="checkbox"/> 自分は「物忘れなどない」と言い張る
<input type="checkbox"/> 尿あるいは便失禁がある	<input type="checkbox"/> 着替え、入浴を拒否する
8. その他気になる症状があれば、お書きください。

.....
電子カルテに入力しますので、正しく記入してください。

No. _____

受診される方の

フリガナ

お名前 _____ (男・女)

生年月日 明・大・昭・平 ____ 年 ____ 月 ____ 日 年齢 ____ 歳

郵便番号 -

ご住所 _____

電話番号 ()

ありがとうございました。ご記入後、受付に渡してお待ちください。