

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. マイナ保険証による情報取得に同意しますか？ はい いいえ
2. 「物忘れかな？」と最初に気づかれたのはいつ頃ですか？
3. 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
4. その物忘れは金銭管理に支障がありますか？ ない ある
5. 現在治療中の病気があれば、に✓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 緑内障
前立腺肥大その他（ _____ ）
6. 過去に頭部外傷などの大きなけが、病気をしましたか？
7. 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。）
 ない ある（薬の名前： _____ ）
8. 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。）
 少し前のことを忘れる、同じことを何度も言う 思い込みや妄想、幻覚、幻聴がある
 日付・時間・季節の感覚がない 昼間寝ていて、夜寝ない または騒ぐ
 服装などの身の回りに無頓着になった 以前よりも怒りっぽくなった（暴言、暴行）
 慣れた道に迷うことがある 外に出て行って帰ってこられない
 エアコンなど電化製品を使えなくなった 自分は「物忘れなどない」と言い張る
 尿あるいは便失禁がある 着替え、入浴を拒否する
9. その他気になる症状があれば、お書きください。
10. 診療情報提供書はお持ちですか？ はい いいえ
- 11.この1年間で特定健診又は高齢者健診を受けましたか？ 受けた 受けていない

※当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供につとめます。

電子カルテに入力しますので、受診される方について正しく記入して下さい。 No. _____

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 (_____)

ご家族お名前・連絡先

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。