

物忘れ問診票

記載は付添の方をお願いします。

ふりがな	男	体温 () °C
名前	・	身長 () cm
	女	体重 () kg
生年月日	M T S H	年 月 日 歳
住所 (〒 -)	※血圧測定用紙の添付	
電話番号 () -		
家族構成	1. 独居 2. () 人家族	
同居者	夫・妻・父・母・息子・娘・嫁・婿・孫	
付添者	氏名 () ご関係 ()	

問1) 物忘れが始まったのは、いつ頃ですか？

() 年前 () ヶ月前 () 週間前 () 日前

問2) どのような物忘れがありますか？また、何か困っていることはありますか？

問3) MRI 検査を希望されますか。 (はい ・ いいえ ・ 相談)

(※閉所恐怖症 あり・なし) (※体内・体外に外せない金属 あり・なし)

問4) 現在定期的に通院している病気はありますか。 (はい ・ いいえ)

高血圧 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞 脳出血 甲状腺 [心・肝・腎]臓病
うつ病 アルコール依存症 その他 ()

※現在通院中の病院名 []

問5) 内服中の薬はありますか？ (はい ・ いいえ) ・ お薬手帳 (あり ・ なし)

※お薬手帳をお持ちの方は受付へお出し下さい。

問6) 今までに大きな病気や入院、手術をしたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

病 名 ()

病院名 ()

問7) お薬や食物などでアレルギー反応が出たことがありますか。 (はい ・ いいえ)

(具体的に)

問8) 介護認定を受けていますか。

(無 ・ 有 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)