

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 ・ 女	体温 () °C
名前		身長 () cm 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 () -		
携帯番号 ()		
家族構成・独居 / () 人家族 <input type="checkbox"/> 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) 体内に金属はありますか？ (はい・いいえ) ※閉所恐怖症ですか？ (はい・いいえ)

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)

以下、スタッフ記入欄

マイナ保険証による受付 他医療機関の紹介状 1年以内の健診