

もの忘れ問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号			
勤務先			
来院時の体温(職員記入)	()℃	<input type="checkbox"/> 匿名を希望の方はチェックして下さい	

1) 記載者はご本人ですか？

- ご本人 ご家族（関係を教えてください： ） 施設の方
その他（ ）

2) もの忘れはいつからありますか？

（ ）前から ・ （ ）歳ごろから

3) どのようなことにお困りですか？くわしく記載してください。

4) もの忘れ以外で以下のような症状は見られますか？

- 幻覚が見える 性格が変わった 一点を見つめることがある
歩くのが遅くなった 身だしなみが汚くなった 味・においを感じなくなった
食欲がなくなった 元気がなくなった トイレを失敗するようになった(便・尿)
徘徊することがある 暴力・暴言がある 意識を失う・けいれんしたことがある
夜に目を覚まして活動する その他（ ）

5) 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧症 糖尿病 脂質異常症 心疾患 不整脈
痛風 気管支喘息 リウマチ疾患 アトピー性皮膚炎
脳卒中(出血・梗塞 部位：) がん() その他()

6) 現在服用中のお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方は提示してください)

- はい (お薬名) いいえ

7) お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- はい (お薬名) いいえ

8) お酒やたばこは嗜みますか？

タバコ： 吸わない 吸う 1日()本 × ()年

お酒： 飲まない 飲む 週()日 種類・量()

9) (マイナ保険証を用いる場合)マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますでしょうか？

- はい いいえ ご協力ありがとうございました。

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。

