

令和 年 月 日

初めて診察を受けられる方へ

当センターの診察は時間を要するため、待ち時間が長くなることがあります。
診察を迅速にするために、以下の事項にご記入をお願いいたします。

受診される方のお名前： _____（ _____ 歳）男・女
付添いの家族のお名前（続柄）： _____
スタッフのお名前（職種）： _____

診察での希望： 鑑別診断 ・ 薬の処方 ・ 入院 ・ 施設入所 ・ セカンドオピニオン
当院を知った理由： 紹介 ・ 自分で調べて ・ 新聞等を見て ・ その他（ _____ ）

1、現在もの忘れはありますか？ はい ・ いいえ

→ “はい” と答えられた方は

●ご本人がもの忘れを自覚していますか？ はい ・ いいえ

●いつ頃からもの忘れが目立つようになりましたか？

（ _____ ）

2、現在、一番お困りのことはどんなことですか？

[_____]

3、現在どのような症状がありますか？該当するものを丸で囲んでください。

新しいことが覚えられない ・ 同じ事を何度も尋ねる ・ 会話が成り立たない

夜中に目が覚める ・ 夜間に異常行動がある ・ 意欲がない ・ 無関心

徘徊 ・ 怒りっぽい ・ 介護拒否がある ・ 良い時と悪い時の差が激しい

見えるはずのないものが見える ・ 妄想

その他：

4、今まで認知症や精神疾患の治療や診断を受けたことがありますか。 ある ・ ない

病院名（科）： _____ 病院 _____ 科 時期・期間： _____

病院名（科）： _____ 病院 _____ 科 時期・期間： _____

5、今までにかかった病気についてチェックまたは記入してください。

高血圧 糖尿病 肥満 高脂血症

病気： _____ 病院名： _____ 時期・期間： _____

病気： _____ 病院名： _____ 時期・期間： _____

●現在の主治医 _____

6、服用している薬はありますか。 ある ・ ない

7、アレルギーはありますか？ 薬 ある（ _____ ） ・ ない

食品 ある（ _____ ） ・ ない

8、これまでの生活について教えてください。

- 出生地：_____ ●生育地：_____
- 最終学歴：_____ (卒業 / 中退)
- 職歴：_____

9、家系図（※スタッフが記入します。）

_____人兄弟 _____番目

10、日常生活のことについて教えてください。

- 移動手段：独歩（ふらつき有・無）・杖歩行・車椅子・ストレッチャー
- 行動について：一人で出かける・誰かがいればでかける
（使用する乗り物：_____）
- 排泄について：トイレ（自立・介助）・オムツ（トイレ併用・オムツのみ）
- 栄養について：自立・部分介助・全介助
- 栄養摂取量の変化：時期 _____
現在の摂取量 _____

11、現在の身長、体重を教えてください。 身長：_____cm 体重：_____kg

12、介護保険サービスの利用状況についてお尋ねします。

- 要介護認定：認定済・現在申請中（申請日： / ）・申請予定・未申請
- 要介護度：要支援（1/2） 要介護（1/2/3/4/5） 自立

- 利用中のサービス：デイサービス（週 回） ・ デイケア（週 回）
ホームヘルパー（週 回）支援内容： _____
ショートステイ（月 日間）（1回 日間）
配食サービス（週 日 ・ 朝食 昼食 夕食）
施設入所中： _____
その他： _____

- 担当ケアマネジャー：事業所名 _____ お名前 _____

ご協力ありがとうございました。