

初めて診察を受けられる方へ

(事前問診) 令和 年 月 日

以下の項目にご記入をお願いいたします。

(初診) 令和 年 月 日

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)：

付添スタッフのお名前 (職種)：

診察での希望：鑑別診断 ・ 薬の処方 ・ 入院 ・ 施設入所 ・ 書類作成 ()

当院を知った理由：紹介 () ・ 自分で調べて ・ 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 ・ 意欲がない ・ 徘徊 ・ 介護拒否
夜中に目が覚める ・ 夜間に異常行動がある ・ 怒りっぽい (暴言 ・ 暴力) ・ 良い時と悪い時の差が激しい
幻視 ・ 幻聴 ・ 独り言 ・ 妄想 ・ その他： _____

4. 今まで精神疾患や認知症の診断や治療を受けたことがありますか？ あり ・ なし

病名： _____ 病院名： _____ 時期・期間： _____

病名： _____ 病院名： _____ 時期・期間： _____

5. 今までにかかった病気について記入してください。

高血圧 糖尿病 高コレステロール 眼疾患 難聴
(白内障 ・ 緑内障) (補聴器 あり ・ なし)

病名： _____ 病院名： _____ 時期・期間： _____

病名： _____ 病院名： _____ 時期・期間： _____

現在の主治医： _____ 服用している薬はありますか？ あり ・ なし

6. 施設等の入所歴 ・ 入所の経緯を教えてください。

()

7. アレルギーはありますか？ 薬： なし ・ あり ()

食品： なし ・ あり ()

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 : _____
喫煙 : (あり : _____ ・なし) 飲酒 : (あり : _____ ・なし)
元の性格 : 温和 ・ 頑固 ・ 社交的 ・ 内気 ・ 神経質 ・ その他 _____
趣味 : _____ 結婚年齢 : _____ 歳

9. 家系図 (※当センターで記入します) ☆ご家族に認知症と診断された方はいますか? (はい・いいえ)

_____ 人兄弟 (姉妹) 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 ・ 歩行器 ・ 車椅子
行動について : 一人で出かける ・ 車 ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ 免許返納 (あり ・ なし)
排泄について : トイレ (自立 ・ 介助) ・ パット ・ リハビリパンツ ・ オムツ
食事について : 自立 ・ 部分介助 ・ 全介助 食事形態 : 常食 ・ その他 (_____)
栄養摂取量の変化 : あり (時期 : _____ 現在の摂取量 : _____) ・ なし

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。

介護度 : 非該当 ・ 支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5
現在申請中 (申請日 : _____) ・ 申請予定 ・ 未申請
利用中のサービス : デイサービス (週 _____ 回、曜日 _____) 施設名 _____
ホームヘルパー (週 _____ 回) 支援内容 : _____
ショートステイ (_____)
施設入所中 _____ 入所日 _____
その他 _____
担当ケアマネジャー 事業所名 _____ お名前 _____
地域包括支援センター相談歴 (あり ・ なし)

担当包括名 _____ お名前 _____

13. ワクチン接種歴

コロナワクチン	あり (接種時期 _____ 年 _____ 月頃) ・ なし ・ 不明
インフルエンザワクチン	あり (接種時期 _____ 年 _____ 月頃) ・ なし ・ 不明

ご協力ありがとうございました。
群馬県認知症疾患医療センター原病院