



認知症・もの忘れ外来 問診票

記入日：____年____月____日

以下、あてはまるものに○をつけ、わかる範囲でご記入下さい。

付き添いの方のご関係：配偶者、兄弟、息子、娘、嫁、その他（ ）

本票を記入されたのは：本人・配偶者・子・兄弟・その他（ ）

生年月日 S・H・R 年 月 日（ ）才／男・女

フリガナ		携帯（ ）
氏名		自宅（ ）
住所	(〒 -)	家族連絡先（続柄：_____） ()

※ 未成年・高齢の方の連絡先は必ずご家族の方の連絡先の記入をお願いいたします。

職業（何歳まで働いていたか）：_____

教育暦：小学校・中学校・高校・専門学校・大学・その他（ ）

嗜好暦：たばこ（ 年 本／日）， 飲酒（ / 日）

生活様式：自宅⇒単身・同居（ ）その他（ ）

家族の病歴：脳疾患（有・無）

現在の介護度：未申請・申請中/自立 要支援 I・II 要介護 I・II・III・IV・V

本日の外来受診の主な目的&希望：認知症診断のため・介護保険申請のため・

その他⇒

現在最も心配、困っていること：

もの忘れが始まったのは： 年 月頃

最近あったもの忘れや困りごとの具体例 を教えてください。

1. _____

2. _____

3. _____



現在内服中のお薬を教えてください。（お薬手帳をご持参の方は記入必要ありません）：

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

現在利用している介護サービス：

()

★当クリニックを知られたきっかけを差し支えなければ教えてください。（複数回答可）

知人や家族からの紹介（ 様）・HP をみて・新聞チラシをみて
インターネット検索をして・家や職場の近所だったので・その他（ ）