

物忘れアンケート<問診票> _____年 月 日 記入者(_____)

ふりがな

氏名 _____ (男 ・ 女) 生年月日 _____ 年 月 日 年齢 _____

<家族構成>

<職歴>

結婚前(_____)

結婚後(_____)

出生地(_____)

生育地(_____)

<最終学歴>

尋常高等小卒 中学 高校

大学 その他(_____)

1. 現在どなたとお暮らしですか

独居 配偶者と二人暮らし 家族と同居 施設入居中

2. 本日どのような目的で受診されましたか

検査 入院 デイケア利用 小規模・多機能通所 かなえ入所

3. どのようにして当院をお知りになりましたか

ホームページの紹介 知人の紹介 施設からの紹介
その他(紹介機関 _____)

4. 今一番困っている症状は何ですか

(_____)

5. 「物忘れ」で今までに専門医療機関を受診されましたか

いいえ はい 医療機関名 _____ (_____ 科)

6. 今までに次のような病気にかかったことがありますか

いいえ

はい 脳出血・脳梗塞 高血圧 糖尿病 甲状腺 うつ病

アルコール依存症 パーキンソン病

それはいつ頃ですか _____ 年 月頃 手術 有 ・ 無

7. 現在通院されていますか

いいえ はい 病名 _____ 医療機関名 _____

8. 現在服用している薬はありますか

いいえ はい (_____)

9. 介護保険を利用されていますか

いいえ

はい 要介護度;要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) 申請中

利用しているサービス:デイサービス デイケア 訪問看護

訪問介護 その他(利用機関名 _____)

10. その他 相談したいことがあれば、ご記入してください

(_____)

T=

P=

BP=

SPO2=