

問 診 票

仁明会クリニック 認知症疾患医療センター

		記入日	年	月	日	記入者
(ふりがな)			生年月日	M・T・S・H	年	月 日
氏 名			男・女	年齢 歳		
住 所	(〒 -)					
	独居・同居 → (配偶者・子・孫・兄弟姉妹) 施設 ()					
電話番号			同伴者	続柄 ()		
介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当			連絡先		
	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)					
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア (通所リハ) <input type="checkbox"/> ショートステイ					
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他 ()					
受診を希望された理由を教えてください。どのようなことでお困りですか？						
<input type="checkbox"/> もの忘れがある <input type="checkbox"/> 同じことを何度も話したり尋ねたりする <input type="checkbox"/> 忘れ物や探し物が多くなった <input type="checkbox"/> 盗られたと言う <input type="checkbox"/> つじつまが合わないことを言う <input type="checkbox"/> 昼間うとうとする <input type="checkbox"/> 実際にはいない人や動物が見えると言う <input type="checkbox"/> 実際には聞こえない人の声や物音がすると言う <input type="checkbox"/> 動きがゆっくりになった <input type="checkbox"/> 夜間眠れずごそごそする <input type="checkbox"/> 何かに執着している <input type="checkbox"/> イライラすることがある <input type="checkbox"/> やる気がおこらない <input type="checkbox"/> 淋しい気持ちになる <input type="checkbox"/> 楽しみがない <input type="checkbox"/> その他 ()						
症状に気づいたのはいつですか？						
年 月 (歳) 頃から			<input type="checkbox"/> 突然起こった <input type="checkbox"/> だんだん起こってきた <input type="checkbox"/> はっきりわからない			
症状はその後どう変化していますか？						
<input type="checkbox"/> だんだん悪くなってる <input type="checkbox"/> だんだん良くなっている <input type="checkbox"/> 日によって波がある <input type="checkbox"/> 変わらない						
身長:	cm	体重:	kg	<input type="checkbox"/> 増加傾向 <input type="checkbox"/> 減少傾向 <input type="checkbox"/> 変化なし		
認知症の薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 飲んだことある						
身体の中に金属が入っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左						
現在治療中の病気はありますか？						
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> なし						
上記以外の大きな病気・ケガ・手術歴についてご記入ください (現在治療中のものも含む)						
() . . . <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療していない						
() . . . <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療していない						
() . . . <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療していない						
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> あり (病院名:) <input type="checkbox"/> なし			紹介状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

★ご協力ありがとうございました★