

【受付票】

ID. _____

もの忘れ外来 (わかば宮本医院用)

ふりがな	住所：〒 _____
氏名	電話番号： _____
男・女	携帯電話： _____
生年月日： 大正・昭和・平成	緊急連絡先： _____
年 月 日 (歳)	(氏名) (関係)

記入者： ご本人 ご本人以外→続柄： _____ 身長： _____ cm

○当日はご本人以外の他にどなたが来院されますか。 体重： _____ kg

氏名： _____ 関係： _____

○分院 (邦潤会 幕張クリニック) に通院歴はありますか。 なし あり

*不明なところや書きにくいところは空欄のままで結構です。

お困りのこと、それはいつからかをお書きください。(複数ある場合は深刻なものから)

- ① _____ (年 月ころから)
- ② _____ (年 月ころから)
- ③ _____ (年 月ころから)

<上記の症状について>

①最近 (6ヶ月程度) の経過は? 改善傾向 悪化傾向 変わらない 波がある

②他院に受診されたことがありますか。

なし

あり→入院 通院

(医療機関名) _____ 年 月から _____ 年 月まで

③もの忘れに関する薬を飲んだことがありますか。

ない あり 現在も飲んでいる→薬の内容がわかる資料をお持ちください。

今回の治療で一番に希望されることは何ですか。

認知症になっていないか判断してほしい。(検査/治療したい)

活気を出してほしい。

落ち着いてほしい。

介助量を減らしたい。(在宅生活の継続・居所について相談したい・休める時間がほしい)

困った症状や行動について相談したい。

介護保険の申請

当院を何で知りましたか。よろしければ下記該当項目に○をつけてください。

ネット検索・口コミ (知人・家族から) ・近くを通った・他院からの勧め・その他

当院までの交通手段を教えてください。 車(又はタクシー)・電車・バス・自転車(又はバイク)・徒歩