

【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	
男・女	
	電話番号： _____
生年月日： 大正・昭和・平成	携帯電話： _____
年 月 日 (歳)	緊急連絡先： _____
	(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

受診者氏名: _____

記入者: ご本人 ご本人以外→続柄: _____

*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。

1. これまでの健康状態について (あてはまるものにチェック☑をつけてください)

・以下の病気で治療をうけたことがある、または今現在受けている。

糖尿病 高血圧 脂質異常症 内分泌疾患 (甲状腺がんなど) 心臓病 腎臓病

肝臓病 胃腸疾患 呼吸器疾患 (ぜんそくなど) 結核 がん

緑内障 前立腺肥大 メンタル疾患 脳疾患→あれば具体的に↓

(脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 慢性硬膜下血腫 正常圧水頭症 脳挫傷)

その他 (_____)

・感染疾患 なし あり→ウイルス性肝炎 その他

・手術をうけたことがありますか なし あり

・服薬中の薬はありますか なし あり

・お薬や食べ物でアレルギーや副作用はありますか なし あり

・お酒を飲みますか なし あり

・タバコを吸いますか なし あり

2. 住居・家族・これまでの生活・日頃の生活など

・兄弟姉妹: 本人含めて () 人中、本人は () 番目

・配偶者: いる (年齢 _____ 歳) いない (未婚 離別 死去)

・同居者: あり (_____ 人暮らし・家族構成: _____)、 なし

・子供: あり (_____ 人・住まい: _____)、 なし

・住宅: 持ち家、賃貸 / 住宅形式: 一戸建て、 集合住宅、 その他

・生まれ育ったところ: _____ 最終学歴: _____

・現在の主な役割: 家事 仕事 役職 (自治会など) 何もしていない

・趣味: なし あり (_____)

・日常的に運転や危険を伴う作業に従事されていますか いいえ はい

・ふだんどのように過ごしていることが多いですか

(_____)

・介護保険: あり→要支援:1、2 要介護:1、2、3、4、5

なし→介護保険の申請を希望しますか はい いいえ 受診後にきめる

