

認知症外来問診票

医療法人 山口病院

患者様氏名 _____ 同伴者氏名 _____ (本人との関係) _____

下記事項は全て、診察上大変重要な内容です。カルテと同様、病院の外部には一切出ることはありません。ご面倒でも、以下同伴者様のご記入をお願いいたします。
(ご記入が難しい箇所は空白でかまいません。)

①初診・再初診 ※紹介状 ある・ない

②認知症外来受診の目的： 診断・外来治療・介護保険申請・家族相談・セカンドオピニオン
他 (_____)

③いまお困りのことは何ですか (具体的にお願ひ致します)

i) いつ頃から症状が始まりましたか

_____年_____月_____日 (または _____歳) 頃から

ii) 何かきっかけと思われる事 (原因) はありますか

ある ・ ない ・ わからない

(内容)

④今まで心療内科・精神科の治療を受けたことがありますか

_____病院・クリニック _____科 _____年 _____月～ _____年 _____月 通院・入院
_____病院・クリニック _____科 _____年 _____月～ _____年 _____月 通院・入院
_____病院・クリニック _____科 _____年 _____月～ _____年 _____月 通院・入院

⑤今までに大きな病気をしたことがありますか

病名 _____	_____歳	_____病院
病名 _____	_____歳	_____病院
病名 _____	_____歳	_____病院
病名 _____	_____歳	_____病院
病名 _____	_____歳	_____病院

*現在治療中、通院中の病気・症状のある方

(病名： 病院名)
(病名： 病院名)
(病名： 病院名)
(病名： 病院名)
(病名： 病院名)

*現在内服中、使用中の薬はありますか ない ・ ある

{お薬手帳：ある・ない}

内容をわかる範囲でお書き下さい

[]

⑥健康状態

*お酒 飲まない・時々飲む・毎日飲む (一日量)
*タバコ 吸わない・吸う (一日平均 本くらい)・吸っていたが 歳でやめた
*アレルギー なし・あり {喘息・アトピー性皮膚炎・鼻炎・じんましん・薬のアレルギー}
薬・食べ物の名前

*覚せい剤の使用経験 ある ・ ない

⑦家族・生活

*兄弟は本人含め (人) 本人は () 番目
*同居人 なし・あり (本人を含め 人)
一緒に住んでいる方は?
()
*結婚は ①未婚 ②既婚 (歳から) 配偶者年齢 (歳)
③離婚 (回 歳時) ⑤死別 (歳時)
*子供 人 年齢 ()
*宗教 ()
*ご家族 (親族) で神経科・精神科にかかったことがある方はいらっしゃいますか
病名..... 続柄..... 通院 ・ 入院
病名..... 続柄..... 通院 ・ 入院

⑧その他

*出生地 (県)
本人の主に育った土地 ()
*最後に通った学校 () 中・高・大・その他 ()
その学校は 卒業・中退
*仕事 (内容 役職)
いつ頃まで仕事をしていましたか? 昭和・平成 年 月頃まで (歳まで)

これまでに書けなかった事項があればお書き下さい

A large, empty rounded rectangular box with a thin black border, intended for the user to write any additional information that was not covered in the previous sections.

ご協力ありがとうございました。受付にこちらをお出しただいて、しばらくお待ち下さい。