

もの忘れ外来 問診票

いずみの病院

患者氏名: _____ (生年月日: _____ 年 月 日)

●症状

●既往歴

①現在かかりつけの病名と通院先

②その他今までの罹患疾患(手術)と加療先

③アレルギー・喘息・前立腺肥大症(男性のみ)・体内金属の有無

●家族歴

血縁者(両親／叔父母／兄弟)に認知症(痴呆)や歩行障害(パーキンソン病など)がいなかったか

●生活歴

①同居者・家族構成

②キーパーソン、連絡先

氏名: _____ (続柄: _____) 電話番号: _____

③ADL ex)

移動: 運転もしている、一本杖歩行、シルバーカー歩行、介助で車椅子

外出: 1人で交通機関利用可、家族が送り迎え、施設入所中

食事: 自分で調理もしている、配食サービス利用、セッティングすれば自力摂取、介助

排泄: 自立、オムツ併用、夜間はポータブル、介助

入浴: 自立、介助、デイで入浴

④介護保険申請の有無 有(介護度: _____)・無

⑤嗜好 ex)

酒: なし、ビール 1000ml/日、70歳まで多量飲酒

タバコ: なし、20本/日、65歳まで30本/日

※現病歴(いつ頃発症して、今までどんなことがあったか)を簡潔で結構ですので、紙に書いて受診当日ご持参ください(ご本人の前で言いにくいこともあると思われるため)。

受診日 付添者 _____ (続柄: _____)