

受診される方の現在の状況をお教えてください

平成 年 月 日

1. 本日来院された理由・希望 (✓をつけてください)

- 認知症ではないかと心配になった (鑑別診断希望)
- 治療を受けたい (通院 入院) 施設の紹介希望
- 介護保険の主治医意見書 作成希望 成年後見制度を利用したい
- その他 ()

2. 現在の居住状況 (独居 ご家族と同居 施設入所中 入院中)

3. 今お困りの内容・症状

4. いつ頃からはじまりましたか _____ 年 月 または _____ 年前から

- いつのまにかはじまった 急にはじまった

5. 発病のきっかけと思われるものはありましたか

- ない ある (内容)

6. 経過は 少しずつ進んでいる あまり変わらない 良くなったり悪くなったり

7. 症状や背景についてお聞きします

- 知っている人の名前が思い出せない 何回も同じ事を言ったり、尋ねたりする
- 自分の持ち物 (財布やめがねなど) をどこに置いたか忘れてしまう
- 慣れている道なのに迷ってしまう 買い物に出て何を買おうとしていたのか忘れてしまう
- 大事な約束を忘れてしまう 月日がわからなくなる
- お金の計算を間違えることがある 今まで好きだったことに関心を示さなくなる
- ちょっとしたことでも怒りっぽくなる 今までやってきた家事や仕事がうまくできなくなる
- テレビや文章が理解できないことがある その他 _____

8. 今まで精神神経科の治療を受けましたか? 過去に一度でもあればご記入下さい

- 受けない 受けた

① _____ 年 月より _____ 年 月 病院 通院 入院

② _____ 年 月より _____ 年 月 病院 通院 入院

～ 裏面の記入もお願いします ～

