

受診される方の現在の状況をお教えてください

令和 年 月 日

診察券番号 \_\_\_\_\_ 患者様氏名 \_\_\_\_\_

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 ～

9. 今までかかった主な病気、ケガについて書いてください

- ① 年 月 病名  現在通院中  終了  
② 年 月 病名  現在通院中  終了  
③ 年 月 病名  現在通院中  終了

10. 今飲んでいるお薬名

11. 教育、生活史についてお教え下さい

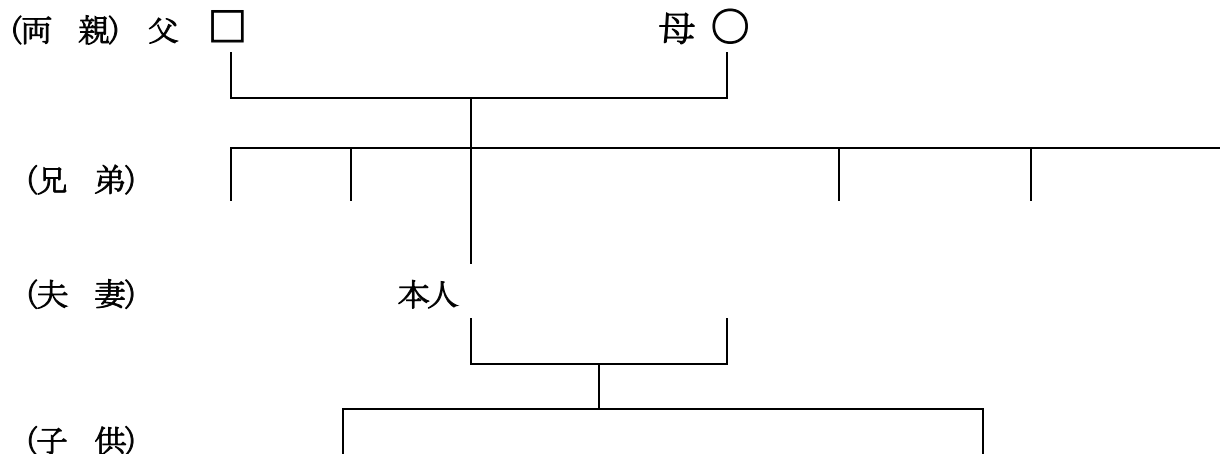
生まれたところ (市・町・村) 生家の職業

最終卒業学校 (小・中・高・大) 卒業 小学校以来の成績 (上・中・下)

ご本人の(元の)ご職業

ご本人のお人柄(性格)について

12. 家系図を書いて下さい(男は□、女は○で書いて下さい。また死亡した方は、×をつけて下さい)



13. 介護保険サービス受給状況

- 要介護 1 2 3 4 5  要支援 1 2  受給なし  
 ホームヘルパー  デイサービス  ショートステイ  訪問看護  その他  
 通所リハビリテーション

施設名 担当ケアマネージャー: 事業所名:

14. 当院が認知症疾患医療センターであることを  知らない  知っていた

15. 当院をどのようにお知りになりましたか?

- 通院入院中の患者様、またはご家族様からの紹介  他院からの紹介  
 加納岩総合病院、山梨リハビリテーション病院からの紹介  以前から知っていた  
 市町村役場からの紹介  介護サービス関係機関からの紹介  
 広報物を見て (看板・ホームページ・広報誌・TV放送・SNS)  
 その他