

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

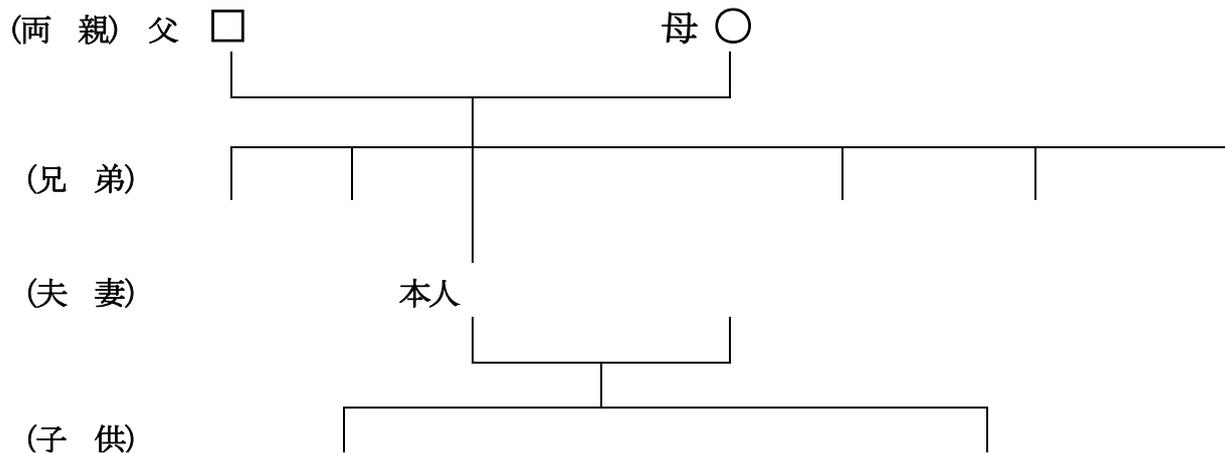
生まれたところ (市・町・村) 生家の職業

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