

初回受診時の確認《ご家族記入》

ご相談日：平成 年 月 日

記入者名 _____ 続柄 ()

【家族構成】同居している方に○をして下さい【連絡先】(予約日調整などに利用させていただきます)

(ご家族または看護師記入)

①お名前: _____ 続柄 ()
電話: _____
携帯: _____

①お名前: _____ 続柄 ()
電話: _____
携帯: _____

【介護認定】

受けていない 申請中

区分⇒ 自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)

現在ご利用の介護サービス _____ ご利用の施設名 _____

ご利用日(_____) 電話:(_____)

【現在のお住まい】

自宅生活中 ⇒ かかりつけ医 : _____

施設入所中 _____

【これまでにかかった主な病気及び入院歴】

高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 (_____)

入院 : (_____)年(_____)月頃 ~ (_____)年(_____)月頃 主な病名:(_____)
(_____)年(_____)月頃 ~ (_____)年(_____)月頃 主な病名:(_____)

お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。(ある・ない)
原因物質はなんですか?(_____)

【ご利用中のお薬】(病院からのお薬を書いた紙でも構いません)

☆ 以下について、あてはまるものを ○ で囲んでください。

【患者様のこれまでのことについてお尋ねします】

- ◎ 最初に症状に気がついたのは()頃で、
()といった症状だった。
それには、()などのきっかけがあったと思う。
- ・ ()歳まで()の仕事をしていた。
 - ・ 好きなことは ()。
 - ・ 今は ()して過ごすことが多い。

【現在のお体の状況について】

- 麻痺 [あり ・ なし] 部位 (右腕・右足・左腕・左足・ _____)
○ 痛み [あり ・ なし] 部位 (_____)

《 日常生活について教えてください 》

- ① 食事 ⇒ [一人できる ・ 一部お手伝いがいる ・ 全部お手伝いがいる]
② 着がえ ⇒ [一人できる ・ 一部お手伝いがいる ・ 全部お手伝いがいる]
③ 入浴 ⇒ [一人できる ・ 一部お手伝いがいる ・ 全部お手伝いがいる]
④ トイレ ⇒ [一人できる ・ 一部お手伝いがいる ・ 全部お手伝いがいる]

- ⑤ 行動 ⇒ ・ 家にいることが多い ()
・ つきそいがいれば外出できる ()
・ 一人で外出できる (歩いてゆける範囲 ・ 交通機関利用 ・ 車を運転する)

- ⑥ その他、お体の状態で気になることがあればお書きください。

☆ ご家族の方 にお尋ねします。

現在、このような症状がありますか？

「以前とくらべて」ということを前提に、お答えください。

☆ ご本人はもの忘れについて、どう思っていますか？

☆ ご本人はもの忘れ外来を受診することをどう思っていますか？

- 1) 今日の日付や曜日がわからないことがよくある (はい ・ いいえ)
- 2) 自宅の住所や電話番号を忘れることがある (はい ・ いいえ)
- 3) 同じことを言ったり、聞いたりする (はい ・ いいえ)
- 4) 物の名前や人の顔が思い出せない (はい ・ いいえ)
- 5) しまい忘れや置き忘れが、増えた (はい ・ いいえ)
- 6) 水道やガスの閉め忘れ、火の不始末がふえた (はい ・ いいえ)
- 7) 会話の途中で言いたいことを忘れる (はい ・ いいえ)
- 8) 買い物などお金の計算ができないことがふえた (はい ・ いいえ)
- 9) 慣れた所で道に迷ったことがある (はい ・ いいえ)
- 10) だらしなくなった (はい ・ いいえ)
- 11) ささいなことで、怒りっぽくなった (はい ・ いいえ)
- 12) お金や物を盗まれたと言う (はい ・ いいえ)
- 13) 寝ている時間が多くなったり、昼夜が逆転している (はい ・ いいえ)
- 14) 体の具合が悪いわけでもないのに、何もやる気がおきない様子がみられる (はい ・ いいえ)

☆その他、現在お困りの症状、お話ししたい事があればご記入ください。☆

《ご本人記入》

《ご家族記入》

☆ 差し支えなければ、ご本人がお書き下さい。

現在、このような状態がありますか？

「以前とくらべて」ということを前提に、お答えください。

————— 答えられる範囲で結構です。 —————

- 1) 今日の日付や曜日がわからないことがよくある (はい ・ いいえ)
- 2) 自宅の住所や電話番号を忘れることがある (はい ・ いいえ)
- 3) 同じことを言ったり、聞いたりしてしまう (はい ・ いいえ)
- 4) 物の名前や人の顔が思い出せない事が増えた (はい ・ いいえ)
- 5) しまい忘れや置き忘れが、増えた (はい ・ いいえ)
- 6) 水道やガスの閉め忘れ、火の不始末が増えた (はい ・ いいえ)
- 7) 会話の途中で言いたいことを忘れてしまう (はい ・ いいえ)
- 8) 買い物などお金の計算ができないことが増えた (はい ・ いいえ)
- 9) 慣れた所で道に迷ったことがある (はい ・ いいえ)
- 10) 最近、髪や衣類など、気が配れない (はい ・ いいえ)
- 11) 少しのことで、いらいらする (はい ・ いいえ)
- 12) お金や物を盗まれたと思うことが何度もある (はい ・ いいえ)
- 13) 理由もなく眠かったり、夜起きていて昼眠ることが多くなった (はい ・ いいえ)
- 14) 体の具合が悪いわけでもないのに、何もやる気がおきない (はい ・ いいえ)

☆その他、お困りのこと、お話ししたい事があればご記入ください。☆