

# 物忘れ外来 受診・相談シート

記入日 年 月 日

患者氏名		性別	男	女	生年月日	M・T S・H	年	月	日	歳
住所					電話番号		-		-	
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 家族構成 ( )									
相談者氏名					続柄・事業所等					
電話番号	-				FAX	-				
受診同行者名					続柄・事業所等					
電話番号	-				FAX	-				
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> あり (医療機関名 ) <input type="checkbox"/> なし									
紹介状	<input type="checkbox"/> あり									
内服薬	<input type="checkbox"/> あり ※受診時お薬の内容がわかるものを持参ください <input type="checkbox"/> なし									
<b>認知症の症状について</b>										
一番はじめに気になったのはいつですか 年 月 頃										
どんなことでしたか？										
<b>今当てはまることにチェックしてください</b>										
<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 食欲がなくなった <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 同じことを何度も聞く <input type="checkbox"/> 歩き方が小股・すり足 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 同じものを何度も買う <input type="checkbox"/> 以前より怒りっぽくなった <input type="checkbox"/> 暴力・暴言がある <input type="checkbox"/> 家事ができなくなった <input type="checkbox"/> 着替えができなくなった <input type="checkbox"/> トイレの失敗がある <input type="checkbox"/> 慣れた道に迷う <input type="checkbox"/> 人や物の名前がわからない <input type="checkbox"/> 異常な食欲 <input type="checkbox"/> 日時がわからなくなった <input type="checkbox"/> よく転ぶようになった <input type="checkbox"/> 急激な症状の進行 <input type="checkbox"/> できない事に言い訳をする <input type="checkbox"/> 幻視や幻聴がある <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
<b>相談内容について教えてください</b>										
<input type="checkbox"/> 認知症の診断 <input type="checkbox"/> 認知症の治療 <input type="checkbox"/> 行動・心理症状の緩和 <input type="checkbox"/> 各種診断書 ( <input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 運転免許証 ) <input type="checkbox"/> 認知症の再診断 (セカンドオピニオン)                      前回の診断日 年 月 頃 ( 医療機関名 ) ( 診断名 )										
<b>その他の相談内容は、下記に記載してください。</b>										

※FAXで送付される場合は患者氏名・住所は空白でも結構です。