

もの忘れ外来 予診票（再診用）

一人で来られた方は患者様御本人が、御家族と来られた方は御家族が記入して下さい。
当院での診察後のご本人の症状の変化、及び生活環境等の変更点等についてお伺いし、診察に役立てたいと思います。お手数ですが、ご協力の程、よろしくお願い致します。

患者様の御名前	(ふりがな) 様	生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
同伴者の御名前	(ふりがな) 様 続柄()	同伴者の緊急連絡先	自宅: 携帯:

以下、患者様の現在の状況についてお伺いします。該当する項目に○及びご記入ください。

1 患者様は現在どなたかと一緒に生活されていますか？

- ① 一緒に生活している ア ご主人か奥様 イ 子どもさんあるいはその家族 ウ その他の方
② お一人で生活している ア 周りに身寄りがいない イ 近くに親族の()が住んでいる
③ 施設等へ入所している (施設名)

2 患者様は介護保険の利用申請をされていますか？

- ① 申請している 現在の介護度 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
② 申請していない ③ 申請(更新)中 _____ 月に手続きをした

3 ご担当のケアマネージャーは

事業所名	氏名	様
------	----	---

4 利用中の介護サービス内容は デイ(ケア・サービス)週 _____ 回 その他サービス(_____)週 _____ 回

5 以前と比べ、症状の変化はありましたか？ ア はい イ いいえ

※ 5の質問で症状の変化があった「はい」とお答え頂いた方に伺います。「いいえ」の方は以上で終了となります。

6 症状の変化はいつから始まりましたか？ _____ 前から始まった

7 どんな症状の変化がありますか？ または困ったことは何ですか？(具体的に)

--