

もの忘れ外来 予診票（再診用）

一人で来られた方は患者様本人が、御家族と来られた方は御家族が記入して下さい。

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

以下、患者様についてお伺いします。あてはまる項目に○入れるか、あるいは記入をお願いします。

体重 _____ kg 身長 _____ cm 新型コロナウイルスワクチン最終接種日 _____ 月ごろ

1 現在、誰と一緒に生活していますか？

- ① 家族と一緒に ② 一人で生活している
- ③ 施設に入所中

2 患者様は介護保険の利用申請をされていますか？

- ① 受けている

要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	申請中
-----	---	---	-----	---	---	---	---	---	-----
- * 利用しているサービス
- ※ 居宅支援事業所名: _____ 担当ケアマネジャー: _____

- ② 申請していない ③ 今後申請予定

3 運転免許を持っていますか？

- ① はい ② いいえ

4 受診のきっかけはなんですか？

- ① 本人・家族の希望 ② かかりつけ医のすすめ ③ ケアマネジャーのすすめ
- ④ 行政(保健センター・警察など)のすすめ ⑤ その他()

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。

6 その症状はいつから始まりましたか？ (週間 カ月 年) 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)