年　　月　　日 記入

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		年齢	
同伴者の御名前	（ふりがな） 続柄（　　）	同伴者の緊急連絡先	自宅: 携帯:

以下、患者様についてお伺いします。あてはまる項目に〇入れるか、記入をお願いします。

身長＿＿＿＿＿＿cm　　体重＿＿＿＿＿＿＿kg

1 受診の目的は何ですか？

① 経過観察　② 薬の調整　③ 書類作成のため（成年後見・介護申請など）

④ その他（　　）

2 現在、誰と一緒に生活していますか？

① 妻 ・ 夫 ・ 息子 ・ 娘 ・ 孫 ・ その他（　　）と同居　② 一人で生活している

③ 施設に入所中　施設名:（　　）

3 介護保険の認定を受けていますか？

① 受けている（ 要支援 1 ・ 2 ）（ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）・ 申請

利用しているサービス 〔　　〕

担当ケアマネージャー　事業所名:（　　）　担当者名:（　　）

② 申請していない　③ 今後申請予定

4 運転免許を持っていますか？

① はい （ 運転している ・ 運転していない ・ 返納予定 ）　② いいえ

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 どのような症状の変化がいつごろからありましたか？（例）2年前から物探しが増えた

（　　）