

【受診にあたってのご質問 - メモリークリニック - 】

名前_____ I D (_____)

ご自宅で記入し、受診当日お持ちください。事前の F A X は不要です。※ご家族が記入してください。

身長 _____ cm 体重 _____ k g ☐ 実測 ☐ 自己申告

【今回の症状について】

- * 今一番お困りのことは何ですか (_____)
- * どのような症状がありますか：☐物忘れ ☐しまい忘れ ☐同じことを何度も尋ねる ☐夜間不穏になる
☐意思の疎通が図れない ☐意欲の低下 ☐徘徊 ☐不潔行為
☐介護への抵抗 ☐動作が鈍い ☐根も葉もない考えにとらわれている
☐見えるはずもないものが見える ☐日中良く居眠りをする
☐良い時と悪い時の差が激しい ☐その他 (_____)
- * それはいつからですか： (_____)
- * 次のことがわかりますか：(わかるものに○ わからないものに×)
今日は何月何日か (_____) 自分がいる場所 (_____) 親しい人の顔・名前 (_____)
- * 食欲 ☐普通 ☐低下している 1日 (_____) 食摂取
- * 受診のきっかけはどなたからですか：☐本人 ☐家族 ☐かかりつけ医 ☐その他 (_____)

【確認事項】

- * 今飲んでいる薬はありますか：☐なし ☐あり→薬の管理 ☐本人 その他 (_____)
- * 出身地： (_____) 都・道・府・県 (_____) 市・区・町・村
- * 最終学歴：☐小学校 ☐中学校 ☐高校 ☐大学 ☐大学院 ☐専門学校 を
☐卒業 ☐中退 (_____) 年の時
- * 仕事の経験：☐なし ☐あり
現在の仕事：☐なし ☐あり 退職年齢 (_____) 歳
- * 結婚の経験：☐なし ☐あり→ (_____) 歳時に結婚
- * 離婚の経験：☐なし ☐あり
- * 現在の家族構成

お名前	年齢	患者さんとの関係	同居の有無
			☐ 同居 ☐ 別居
			☐ 同居 ☐ 別居
			☐ 同居 ☐ 別居
			☐ 同居 ☐ 別居
			☐ 同居 ☐ 別居

* 日常の外出：☐買い物 ☐散歩 ☐病院 ☐その他（ ）

【介護について】

* 介護保険で利用しているサービス：☐なし ☐あり→☐デイサービス ☐デイケア ☐訪問看護
☐ショートステイ ☐ホームヘルパー
☐その他（ ）

* 介護は主にどなたがされていますか：☐妻 ☐夫 ☐嫁 ☐息子 ☐娘 ☐兄弟姉妹 ☐孫 ☐親
☐その他（ ）

記入日 年 月 日 記入者： ご関係：

【受診にあたってのご質問 - 外来共通 - 】 *ID

記載日 20 年 月 日 お名前 年齢 歳

【緊急時連絡先】 ご本人以外の連絡先をご記入ください

優先	氏名	本人との関係	電話番号	携帯番号	コメント
1					
2					
3					

【既往歴】 今までに、けがや病気で入院・手術・通院治療を受けたことはありますか

高血圧	(才)	☐ 通院中	☐ 治癒	☐ 放置
喘息	(才) (最終発作)	☐ 通院中	☐ 治癒	☐ 放置
糖尿病	(才)	☐ 通院中	☐ 治癒	☐ 放置
認知症	(才)	☐ 通院中	☐ 治癒	☐ 放置
腎不全	(才)	☐ 通院中	☐ 治癒	☐ 放置
☐ 血液透析→ (月 火 水 木 金 土 日)		☐ シャント (右 / 左)		☐ 腹膜透析
病名 (	: 才)	☐ 通院中	☐ 治癒	☐ 放置 ☐ 手術
病名 (	: 才)	☐ 通院中	☐ 治癒	☐ 放置 ☐ 手術
病名 (	: 才)	☐ 通院中	☐ 治癒	☐ 放置 ☐ 手術
病名 (	: 才)	☐ 通院中	☐ 治癒	☐ 放置 ☐ 手術

かかりつけ医 ☐なし ☐あり (病院名:)

【アレルギー・注意情報】

*食品 (くだもの・野菜など)	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり→下記に記入してください
	☐ 卵 ☐ 小麦 ☐ 乳製品 ☐ ピーナッツ ☐ ナッツ類 ☐ そば ☐ アボガド ☐ バナナ ☐ キウイ ☐ 栗 ☐ じゃがいも ☐ トマト ☐ パパイア ☐ もも ☐ その他 ()
*ゴム (ラテックスなど)	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり
*金属	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり→ ()
*消毒薬	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり→ ()
*アルコール禁忌	☐ なし ☐ 消毒剤 ☐ 飲用
*薬	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり→ (薬品名／種類:) (症状:)
*ヨード造影剤	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり→ (症状:)
*MRI 造影剤	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり→ (症状:)
*体内に埋め込まれている器具	☐ なし ☐ あり→ ()
*絆創膏／医療用テープ	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり→ ()
*その他	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり→ (花粉症・鼻炎・ハウスダスト等) (上記以外)

【嗜好品について】

喫煙 ☐吸ったことがない
☐吸う（ ）才から1日（ ）本 ☐電子たばこ ☐紙たばこ
☐吸っていたがやめた（ ）才から（ ）才まで1日（ ）本
 飲酒 ☐飲まない
☐飲む 種類（ ）1回量（ ）程度（ ）回／週・月
☐飲んでいたがやめた 時期（ ）

【確認事項】

*宗教 ☐特になし ☐あり→宗教上のご希望がありましたら、お書きください
 コメント()
 *現在、妊娠の有無 ☐なし ☐あり ☐不明
 *ペースメーカーを埋め込んでいますか ☐なし ☐あり
 *市販薬やサプリメント、栄養剤（プロシユア等）を使用していますか
☐なし ☐あり ()
 *臓器提供の意思表示 ☐なし ☐あり→(意思カード・保険証・運転免許証・その他)

 お身体に不自由なことがありましたら、チェックしてください
 *視覚 : ☐眼鏡 ☐コンタクト ☐全盲 ☐半盲 ☐義眼(右) 義眼(左) ☐盲導犬
 *聴覚 : ☐両耳 ☐右耳 ☐左耳 ☐補聴器(右) ☐補聴器(左) ☐手話
 *運動 : ☐右上肢 ☐左上肢 ☐右下肢 ☐左下肢
☐脊損(頸椎) ☐脊損(胸椎) ☐脊損(腰椎)
 *認知機能 : ☐あり ☐不安
 *言語 : ☐ことばが話にくい ☐ことばが話せない
 *その他 ()

【身体障害手帳について】

身体障害者手帳 ☐なし ☐あり
 手帳の種類() (級)

【介護保険について】※病院から連絡させていただく場合があります。

介護認定	介護度	ケアマネージャー有・無
☐ なし	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	ケアマネージャーの名前
☐ あり ありの場合		事業所
☐ 申請中 (申請日 /)		電話番号

ご記入ありがとうございました