

【受診にあたってのご質問 - メモリークリニック -】

名前 _____ I D (_____)

記入日 年 月 日 記入者： ご関係：

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

身長 cm 体重 kg ☐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】

- [illegible]

【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) シェント (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)

ウラ面へ

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

ご記入ありがとうございました

2019.11.済生会横浜市東部病院