

【北アルプス医療センターあづみ病院 認知症外来・問診票】

受診される方のお名前： _____ (男 ・ 女) 年齢： _____ 歳

記入された方のお名前： _____ 受診される方との間柄： _____

自宅電話番号： _____

緊急時連絡先： 電話番号 _____ お名前 _____

●現在困っていることはなんですか？

●以下の項目から当てはまる項目全てにチェックして下さい

- 物忘れがひどい 仕事や家事の間違が増えた たびたび鍋を焦がす 火の不始末がある

買い物を間違える 臭いを感じなくなった 上手く歩けなくなった 排泄の失敗が増えた

些細なことで怒り出す 落ち着きがない 気持ちが沈む、あるいは周囲に関心を示さない

風呂に入りたがらない 物を盗られたという 勝手に人の物を盗ってしまう 徘徊する

夜眠らず、家の中を動き回る 暴力を振るうようになった 見えないものが見えると言う

●症状はいつ頃からありますか？

●認知症外来を受診して相談したいことは何ですか？当てはまる項目全てにチェックして下さい

- 詳しい検査をしてほしい 今後の関り方について相談したい 介護保険申請のため

運転免許についての相談をしいたいため その他 _____

●今までに頭の検査（MRI・CT）を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は以下の質問に回答してください

・検査をした理由

・検査をした病院名 _____

・検査をした時の年齢 _____ 歳

・医師からどのような説明を受けましたか？

●今までにどのような病気になりましたか？ 可能であれば年齢順に記載してください

●手術をしたことはありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は、どこを手術したか回答してください

医療機器や金属等を挿入している場合は記載してください

●介護保険は利用されていますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は、以下の質問に回答してください

・介護度： _____

・ケアマネジャー：事業所名 _____ 担当者名 _____

・介護サービスを利用している場合は記載してください

例) デイサービス・ヘルパー・ショートステイなど