

記入日 令和 年 月 日

記入者 続柄 ()

もの忘れ外来 予診票

ご本人 のお名前	年齢	利き手
同伴者 のお名前・続柄	連絡先	

現在、誰と一緒に住んでいますか？

- ①家族と一緒に： 配偶者 子供やその家族 その他
()
- ②一人で住んでいる
- ③施設に入所中 (施設名)

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
- ②申請していない ③申請中 ④変更申請中
- ※利用しているサービス ()
- 介護事業所名 () 担当者 ()

受診のきっかけは何ですか？

- ①本人の希望 ②家族の希望 ③かかりつけ医の勧め ④ケアマネジャーのすすめ
④オレンジチームのすすめ ⑤行政（区役所・保健所・警察）のすすめ ⑥その他

主な症状は何ですか？

①もの忘れ (具体的に)	
②その他 (具体的に)	

もの忘れの症状はいつごろから始まりましたか？

() 歳ごろ 約 () 年前

最近、生活の上で困っているのはどのような事ですか？

--

これまでに同じ理由で他の病院やクリニックにかかったことがありますか？

はい (医療機関名) いいえ

