

お手数ですが、診察前に以下の事柄についてご記入くださいますようお願いいたします。

なお、ご本人ではなく、ご家族など付き添いの方がご記入ください。

フリガナ			No.
氏名	男 ・ 女		初診日 年 月 日
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	年齢 才
住所	〒 —		電話番号 — —
身長	cm	体重	kg
体温			度
記入者のお名前と患者様との関係	[]		電話番号 — —
何を見て当院をお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> インターネット（ <input type="checkbox"/> PC・ <input type="checkbox"/> 携帯） <input type="checkbox"/> ご家族、知人の紹介 <input type="checkbox"/> 折込チラシ <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 他医療機関の紹介 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

現在どんな事でお困りでしょうか？以下で当てはまるもの全てに○、もしくは空欄に記入して下さい。

物忘れ、知的な変化について

- ① すぐ前の出来事をそっくり忘れる
- ② 同じことを何回も言ったり、聞いたりする
- ③ 置き忘れやしまい忘れが多い
- ④ 日付や時間がわからなかったりする
- ⑤ 知っている道や場所で迷う
- ⑥ 良いときと悪いときとの差が激しい

身体症状について

- ① ろれつが回らなくなった
- ② 手や足がふるえる(部位:右手、右足、左手、左足)
- ③ 転倒しやすい
- ④ 食べ物のむせこみがある
- ⑤ 利き手はどちらですか？(右手 ・ 左手)

精神・心理症状、行動上の変化について

- ① 他人がものを盗んだり、危害を加えたりすると思ひ込む
- ② 実際にはいない人に話しかける
- ③ 援助や介助に協力しなかったり抵抗したりする
- ④ 以前と比べて活気がなくなった
- ⑤ せっかちであったりイライラしたりしやすい
- ⑥ 熱心に同じこと(徘徊、その他の無意味な動作など)繰り返す
- ⑦ 夜間あるいは早朝から起きだす

その他の症状

〔具体的に:]

この症状はいつ頃からありましたか？ []年 []月頃から

そのきっかけはありましたか？ []

これまでにした大きな病気や怪我、現在治療中の疾患はありますか？

[歳] 病名 [] 病院名 []
 [歳] 病名 [] 病院名 []
 [歳] 病名 [] 病院名 []



裏面もありますので、ご記入ください

