

## 初診の方へ

下記の質問についてわかる範囲での記入をおねがいたします。 年 月 日記入  
 なおご不明な点は相談員までお問い合わせください(TEL:092-551-5301)。

ご本人の氏名(ふりがな)

(漢字) \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日( 歳)

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

出生地 \_\_\_\_\_ 主な生育地 \_\_\_\_\_ 同居者(有・無) 既婚( 歳時)・未婚

現在のご職業 \_\_\_\_\_ 保険 \_\_\_\_\_ 生保受給中の場合・担当者名 \_\_\_\_\_ 最終学歴 \_\_\_\_\_ 卒・中退

自立支援(有・無) 精神保健福祉手帳(有・無) 障害年金(有・無)

緊急時連絡先 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

緊急時・電話連絡先① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_

※記入量が多く大変かと思いますが、当てはまるものに○をつけていただくものがほとんどです。

重複する項目もございますが、全ての項目のご記入をお願いします。

## 1) 受診の目的はどのようなことですか？【複数可】

認知症の診断(心理検査) ・ 症状の治療 ・ 介護の相談 ・ 入院相談 ・ 書類の作成

認知症を心配して(ご本人が ・ まわりの方が [続柄] \_\_\_\_\_)

今、困っている事について相談したい ・ 認知症のお薬を希望する

脳の検査(CT・MRI・SPECT)を受けたい →必要な場合、他院へご紹介する事もあります

その他( \_\_\_\_\_ )

## 2) 当院をお知りになったきっかけは何ですか？○をつけてください。

他の医療機関からの紹介 (病院名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_)

ケアマネージャー ・ 地域包括支援センター(いきいきセンター) ・ 介護施設 ・ 看板 ・ 知人

ホームページ ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 3) 当てはまる状態に○をつけてください。【複数可】

物忘れがひどい ・ 理解力が衰えた ・ 場所や時間がわからない ・ 人柄が変わった

不安感が強い ・ 意欲がなくなった ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 4) ご家族の気持ちについて近いものに○をつけてください。【複数可】

私にばかり当たられて辛い ・ 社会とのつながりが減った ・ どう接していいかわからない ・ 不眠

相談できる人がいない ・ つい声を荒げてしまう ・ 入院させたい ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

(裏面へ続きます)

5) 患者様ご本人様にお尋ねします。どういう事が日常生活や社会生活でお困りですか？自由に記載してください。  
具体的なエピソードを記載して下さると助かります。(ご本人が書けない場合は、この欄の記入は不要です)

6) 患者様のご家族にお尋ねします。どういう事が日常生活や社会生活でお困りですか？自由に記載してください。  
特に「具体的にいつ頃から始まって、最近どの様になってきたのか」についてご記入頂けると助かります(ご家族様のご記入が難しい場合は、一番身近な方(ご友人等)のご記入をお願いします)

7) その頃、何かきっかけと思われることはありましたか？○を付けてください。

引っ越し・同居・別居・施設入所・入院(病院名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_)  
 身近な人の死(配偶者・兄弟・子・親・親戚・友人・その他: \_\_\_\_\_)  
 退職・けがや病気・その他( \_\_\_\_\_)

8) これまでに認知症関連の問題を別の病院で相談したことはありますか？ ある(下記にご記入ください)・ない

①時期:平成 年 月頃 ②病院名 \_\_\_\_\_ ③検査内容 \_\_\_\_\_  
 ④診断名 \_\_\_\_\_ ⑤薬の処方: あり(薬剤名 \_\_\_\_\_)・なし・不明  
 ⑥通院: 通院中・通院していない(理由 \_\_\_\_\_)

9) これまでに、施設への入所をされたことがあればご記入ください。

施設名 \_\_\_\_\_ 入所期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 退所された理由 \_\_\_\_\_

10) ご親族の中で、認知症の方、あるいは精神科を受診されていた方はいますか？

認知症の方: いる(続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_)・いない  
 精神科を受診されていた方: いる(続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_)・いない

11) 現在治療中、または今までにかかった、主な病気や怪我について教えてください

糖尿病(内服: あり・なし インスリン: あり・なし)・血管の病気・高血圧  
 心臓疾患(具体的に \_\_\_\_\_)・緑内障・腎臓疾患(具体的に \_\_\_\_\_)  
 肝臓疾患(具体的に \_\_\_\_\_)・ぜんそく・がん(具体的に \_\_\_\_\_)  
 脳に関する病気(具体的に \_\_\_\_\_)  
 大きな怪我・事故(具体的に \_\_\_\_\_)

※上記以外の病気・けが・手術・入院等あればご記入ください。

病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 薬 あり・なし 病院名 \_\_\_\_\_  
 病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 薬 あり・なし 病院名 \_\_\_\_\_

12) 現在定期的に通院している医療機関があれば詳しく教えてください。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 受診科 \_\_\_\_\_ いつから \_\_\_\_\_  
 医療機関名 \_\_\_\_\_ 受診科 \_\_\_\_\_ いつから \_\_\_\_\_

13) 現在治療中、または今までにかかった、感染症や皮膚疾患について教えてください

B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV・疥癬・その他の感染症、皮膚疾患 ( \_\_\_\_\_ )

※現在治療中の方⇒(いつから) \_\_\_\_\_ (医療機関名) \_\_\_\_\_

※今までにかかった事がある方⇒(いつ頃) \_\_\_\_\_ (医療機関名) \_\_\_\_\_

14) 嗜好品についてお尋ねします

お酒は 飲む(頻度: \_\_\_\_\_ 種類: \_\_\_\_\_ 量: \_\_\_\_\_) ・ 飲まない  
 飲んでいたが今は止めている(いつ頃: \_\_\_\_\_ 頻度: \_\_\_\_\_ 種類: \_\_\_\_\_ 量: \_\_\_\_\_)  
 タバコは 吸う(一日 \_\_\_\_\_ 本程度) ・ 吸わない  
 吸っていたが今は止めている(いつ頃 \_\_\_\_\_ 一日 \_\_\_\_\_ 本程度)  
 常用薬は ある(薬品名: \_\_\_\_\_) ・ ない  
 その他シンナー、覚醒剤などの使用歴  
 ある(種類: \_\_\_\_\_) ・ ない

15) アレルギーについてお尋ねします。

※食物アレルギー: 有・無

薬剤アレルギー: 有・無

食物アレルギー:種類( \_\_\_\_\_ ) その時の症状( \_\_\_\_\_ )

症状が出た時期( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 )

薬剤アレルギー:種類( \_\_\_\_\_ ) その時の症状( \_\_\_\_\_ )

症状が出た時期( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 )

16) ご家族についてお伺いします

①兄弟姉妹: あり( \_\_\_\_\_ 人中 \_\_\_\_\_ 番目) ・ なし

②結婚: 未婚・既婚( \_\_\_\_\_ )歳・離婚( \_\_\_\_\_ )歳・再婚( \_\_\_\_\_ )歳・死別( \_\_\_\_\_ )歳

③子供: あり(例・男60歳、女55歳、男52歳: \_\_\_\_\_ ) ・ なし

④現在同居している方: あり(例・夫、妻、長男、次女: \_\_\_\_\_ ) ・ なし

[ジェノグラム・エコマップ] ※病院スタッフが記入します

17) 睡眠・食事について

①平均的な睡眠時間のパターン ※(11~12時頃)などの記入でも結構です。

布団に入る( \_\_\_\_\_ )時 → 眠りにつく( \_\_\_\_\_ )時

→ 途中で目が覚める場合、その回数( \_\_\_\_\_ )回 (その後すぐにまた眠れますか? はい・いいえ)

→ 完全に目が覚める( \_\_\_\_\_ )時 → 布団を出る( \_\_\_\_\_ )時

(裏面へ続きます)

