

# おくむら ころからだクリニック

## 初診時間診票(もの忘れ)

年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日( 歳)
お名前	男・女		
現住所	〒 _____	緊急時の連絡先(ご本人様以外)	
		( ) - ( ) (続柄: )	
ご連絡先	・自宅 : ( ) - ( ) ・携帯: ( ) - ( ) ※連絡の際に「おくむら ころからだクリニック」と知らせていいですか? ( はい・いいえ )		

※当院をどのようにお知りになりましたか？

他院からの紹介:( )

ホームページ

知人から聞いて

※診察日に、同伴の方はいらっしゃいますか？  いる(続柄: )  いない

1. 今日受診を希望された理由を教えてください。

(1) 現在の困りごと、心配ごとはなにですか。

もの忘れが気になる (  なし  あり )

家族や周りの人からもの忘れを指摘された (  なし  あり )

※いつ頃からですか？: 年 月 ( 歳 ) ころから ① 突然おこった ② だんだんそうなった

2. 日常生活の様子について。あてはまる記号に○をつけてください。

(1) もの忘れが増えたと感じますか。

a. 感じない b. 少し感じる c. 感じる d. とても感じる

(2) 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。

a. 全くない b. 時々ある c. 頻繁にある d. いつもそうだ

(3) 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。

a. 全くない b. 時々ある c. 頻繁にある d. いつもそうだ

(4) 今日が何月何日かわからないことがありますか。

a. 全くない b. 時々ある c. 頻繁にある d. いつもそうだ

(5) 自分のいる場所がわからなくなることがありますか。

a. 全くない b. 時々ある c. 頻繁にある d. いつもそうだ

(6) 一日の計画を自分で立てることができますか。

a. 問題なくできる b. だいたいできる c. あまりできない d. 全くできない

(7) 季節に合った服を自分で選ぶことができますか。

a. 問題なくできる b. だいたいできる c. あまりできない d. 全くできない

(8) 一人で買い物に行けますか。

a. 問題なくできる b. だいたいできる c. あまりできない d. 全くできない

(9) バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。

a. 問題なくできる b. だいたいできる c. あまりできない d. 全くできない

(10) 貯金の出し入れ、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。

a. 問題なくできる b. だいたいできる c. あまりできない d. 全くできない

(11) 入浴は一人でできますか。

a. 問題なくできる b. だいたいできる c. あまりできない d. 全くできない

(12) トイレは一人でできますか。

a. 問題なくできる b. 見守りや声かけを要する c. 介助を要する

3. いままで治療された主なご病気や現在中の病気、手術歴などについて

なし あり(病名: \_\_\_\_\_ )

糖尿病(なし あり) 高血圧(なし あり)

緑内障(なし あり)急性隅角緑内障(なし あり)

脳血管障害 (なし あり 病名 \_\_\_\_\_ )

心臓疾患(なし あり 病名 \_\_\_\_\_ )

肝臓疾患(なし あり 病名 \_\_\_\_\_ )

腎臓疾患(なし あり 病名 \_\_\_\_\_ )

現在、内服中のお薬はありますか？

なし あり(薬剤名: \_\_\_\_\_ )

4. お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか？

なし あり(症状 \_\_\_\_\_ )

5. 飲酒やたばこなどについて

飲酒 ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む(1日あたりを\_\_ \_\_\_本くらい)

喫煙 吸わない 吸う(1日あたり\_\_ \_\_\_本くらい)

※ご記入いただきました個人情報、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。