

# 物忘れ 問診票

お名前 ( ) 生年月日 ( 年 月 日 )  
日中のご連絡先 ( )

1 物忘れ等の変化について気づかれたのはいつ頃ですか？

2 物忘れは進行していますか？ はい (  ゆっくり  急速に  階段状に ) いいえ

3 現在のおかしいと感じられた症状にチェックをつけてください

- よく知っている人の名前が出てこない
- 物の名前が出てこない
- 同じことを繰り返し話したり、聞いたりする
- 同じものを買ってくる
- お金の計算を間違えることが増えた
- 置き忘れやしまい忘れがある
- 今日が何日か、何曜日かわからないことがよくある
- いつも降りる駅やバス停を乗り過ごすことがあった
- 慣れている所で道に迷った
- 薬の飲み忘れが多くなった
- いつもの仕事や役割 (炊事・洗濯・掃除など) がうまくできなくなった
- 火の始末 (鍋ややかんを焦がす) やガスの止め忘れがある
- 身だしなみに気を遣わなくなった
- 以前あった興味や関心が薄らいでいる
- 悩む様子や落ち込んだ様子がある
- 短気になったり興奮したりすることがある
- 以前より疑い深くなった
- 「物を盗られた」という訴えがある
- 「見えないものが見える」「聞こえないものが聞こえる」という
- 人がいないのに話しかけてくる
- 症状や時間や日にちによって変わる
- 動作がゆっくりとなり、歩きにくさがある

4 介護保険利用について

- 申請していない
- 利用中 (サービス内容 : )

5 本日同伴されている方の患者様との関係 : ( )

- 同居している  同居していない

# 問 診 票

1. マイナンバーカードによる診療情報の取得に同意しますか？

同意する  同意しない

2. 他の医療機関から紹介状をお持ちですか？

はい（持参している）  いいえ

3. 現在、他の医療機関で治療を受けていますか？

はい（通院中）  いいえ

通院している医療機関名： \_\_\_\_\_

最後に受診した日： \_\_\_\_\_

受けている治療内容： \_\_\_\_\_

4. 現在処方されている薬はありますか？（マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です。）

はい（以下に記入）  いいえ

薬剤名、用量： \_\_\_\_\_

期間： \_\_\_\_\_

5. これまでに重大な疾患（入院や手術を要する病気等）に罹患したことはありますか？

はい（以下に記入）  いいえ

\_\_\_\_\_

6. 過去 1 年間に特定健診及び高齢者健診を受けましたか？（マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です。）

はい  いいえ

7. 薬剤や食べ物によるアレルギー反応を起こしたことはありますか？

はい（以下に記入）  いいえ

原因、症状： \_\_\_\_\_

8. 現在、妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ）

はい（妊娠中）  はい（授乳中）  いいえ

妊娠週数（該当する場合）： \_\_\_\_\_

当院は診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得、活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

医療法人明和会 伊崎脳神経外科内科

院長 伊崎明