

《初診問診票》

患 者 名		殿		男 ・ 女				
生 年 月 日		年 月 日		才				
①	付添された方のご関係		配偶者 ・ きょうだい ・ 息子 ・ 娘 ・ 嫁 ・ その他 ()					
②	本票を記入されたのは		本人 ・ 配偶者 ・ きょうだい ・ その他 ()					
③	外来受診の目的・希望		認知症診断のため ・ 介護保険申請のため その他 ()					
④	結婚歴		有り・無し	⑤	離婚歴	有り・無し	⑥	出身地 ()
⑦	職業 (何歳まで働いていたか)		職業 () ()歳まで					
⑧	教育歴		小学校 ・ 中学 ・ 高校 ・ 専門学校 ・ 大学 ・ その他 ()					
⑨	本人の性格				⑩	本人の趣味		
⑪	本人のきょうだい		人中	番目	⑫	本人の子ども		人
⑬	ご家族に認知症の方はいますか		無し ・ 有り (関係性 :)					
⑭	生活様式	自宅	単身・同居 (どなたと ?)					
		施設	施設名 : () 入所日 : ()					
⑮	車の運転	免許	有り ・ なし ・ 返納済み		現在運転		している ・ やめた	
⑯	現在の介護度	未申請 ・ 申請中 ・ 申請済	介護度 [要支援 1 ・ 2] [要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5]					
⑰	現在利用している介護サービス内容							
⑱	今までの通院・入院・手術歴							
	現在の通院							
⑲	物忘れが始まったのはいつ頃からですか							
⑳	現在最も心配・困っていること(例：物忘れ・徘徊・昼夜逆転・物盗られ妄想・幻覚・幻聴など)							
㉑	マイナ保険証及びオンライン資格確認による保険（限度額を含む）・診療情報の取得に同意されますか？ (はい・いいえ)							

※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。

※記載いただいた問診票の個人情報は、診療録と同様に厳正に管理されます。

狭山尚寿会病院認知症疾患医療センター