

「物忘れ」で神経精神科を受診される方へ

お名前_____

記入者のお名前_____ (続柄_____)

連絡先(携帯)_____

連絡先(自宅)_____

あなた以外の連絡先_____

(お名前 _____ 続柄 _____)

以下の項目に記載の上、診察当日にお持ち下さい。お薬手帳をお持ちの方は併せてご持参下さい。

1. どこがお悪いのですか？
(例：物忘れが増えたと言われる、元気が出ない、眠れない、などいくつでも)

2. 別紙チェックシート（日常生活で何かお気づきのことはありませんか）の
当てはまる項目の□にチェックをつけてください。

3. それが始まったのはいつからですか？（例：1ヶ月前、3年前から、転居してから、など）

4. 何か思い当たる原因やきっかけはありますか？ □ない □ある □わからない
→ある場合、どんなことですか？

5. 今回の受診は本人の希望ですか？周りの方のすすめですか？
自分自身の希望
本人・家族両方の希望
家族の希望、本人は希望していない
かかりつけ医や知人など家族以外の勧めで

6. このことで他の科または他の病院や診療所を受診しましたか？ □はい □いいえ
→はいの場合、いつから（ ）
 病院・医院名（ ）
 現在飲んでいる薬（お薬手帳をお持ちでしたら省略いただいて結構です）

7. 以前に精神的な調子が悪くて病院にかかったことはありますか？ □はい □いいえ
→はいの場合、病名（ ）いつごろ（ ）

8. 身体の病気について

○今までに以下の病気を経験したことがありますか？

- ・糖尿病 ある ない
- ・高血圧 ある ない
- ・脂質異常症（高脂血症） ある ない
- ・頭部の外傷 ある ない ある場合→（ ）
- ・甲状腺の病気 ある ない ある場合→（ ）
- ・以下のうち、あてはまるものがあればチェックください。

ペースメーカー 除細動器 脳動脈瘤クリップ 冠動脈ステント 体内金属

○ほかに現在治療中の病気や、以前に大きな病気や怪我をしたことがありますか？

はい（以下の欄にご記入ください） いいえ

病名	いつごろ	病院／医院名

○現在飲んでいる薬（名前、ミリグラム数、飲み方など）

○アレルギー ある ない

→ある場合 薬 食べ物 金属 その他（ ）（詳しくご記入ください）

9. ご家族について

○（ ）人兄弟の（ ）番目

○ご両親 健在 死亡→父親（ ）年に（ ）の病気で
母親（ ）年に（ ）の病気で

○婚姻歴 ある ない

○現在同居している家族はどなたですか？

（ ）

○血縁のある親族の中で、認知症を指摘された方はいますか？

いない

いる→続柄：_____ 発症年齢：_____歳 診断名：_____

○血縁の方で、精神的なことで受診した、または調子が悪くなったことがある方はいますか？

いない

いる→続柄：_____ 発症年齢：_____歳 診断名：_____

10. 日常生活について

- 大きな寝言は ある ない
- 身長_____cm 体重_____kg 最近体重は 増えた 減った 変わらない
- お酒 飲まない 飲む → 週のうち_____日くらい、一回に_____合くらい
- タバコ 吸わない 吸う → 1日_____本くらい
- 利き手 右利き 左利き 両利き

11. これまでの生活について

- 最終学歴、卒業の有無
- 小学校 中学校 高校 短大 大学 大学院 専門学校 (卒業・中退)
- 職業歴と仕事の内容 (営業職、事務、主婦など)
- _____歳～_____歳：内容 (_____)
- _____歳～_____歳：内容 (_____)
- _____歳～_____歳：内容 (_____)
- _____歳～_____歳：内容 (_____)
- もともとの性格傾向 (複数チェック可)
- 几帳面 おおざっぱ 内向的 社交的 短気 のん気
- その他 (_____)
- 趣味や特技があればお書きください

12. 現在お住まいの住居や生活状況について

- 住居 一戸建て マンション・アパート ケアハウスなど 施設
- 屋外環境 エレベーターがある 階段がある その他 (_____)
- 屋内環境 階段がある 段差がある その他 (_____)
- 寝具 ベッド 布団 その他 (_____)
- トイレ 洋式 和式 その他 (_____)
- 火の元 ガス IH その他 (_____)

13. 介護サービスについて

- 在宅サービス
- ない
- 訪問診療・往診 訪問看護 訪問リハビリテーション
- 訪問介護 (ヘルパー) 入浴サービス ショートステイ
- デイサービス デイケア
- その他 (_____)
- 介護保険
- ・介護保険を利用していますか はい いいえ 申請中
- ・介護保険の区分を教えてください 要介護・要支援_____