

## 「物忘れ」で神経精神科を受診される方へ

横浜市立市民病院 神経精神科

お名前 \_\_\_\_\_ 記入者のお名前 \_\_\_\_\_ ご本人との関係 \_\_\_\_\_

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

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. 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)

3. 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

ある場合は、どんなことですか？

4. 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

家族の希望で来た。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

5. 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)

6. 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 ( )

7. 身体の病気についておたずねします。

○今まで、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またはこれまでにした大きな病気や怪我がありますか

はい（以下の欄に記入ください） 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）

8. 家族構成についてお尋ねします

○（ ）人兄弟の（ ）番目

○ご両親は →（健在・死亡→（ ）年に（ ）の病気で）

○婚姻歴はありますか？ →（ない・ある）

○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、精神的なことで調子が悪くなったり診察を受けたことのある方はいますか

いない

いる→続柄：\_\_\_\_\_ 発症年齢：\_\_\_\_\_歳 診断名：\_\_\_\_\_

9. 日常生活などについてお尋ねします

- 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
- お酒は 飲まない 飲む(週のうち\_\_\_\_日くらい、一回に\_\_\_\_合くらい)
- タバコは 吸わない 吸う→1日\_\_\_\_\_本位
- 利き手はどちらですか? 右利き 左利き 両利き

10. あなたのこれまでの生活についてお聞きします。

- 学歴についてお聞きします。最終学歴、卒業の有無をお知らせください
- 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)を教えてください
- \_\_\_\_\_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はどのようなものですか(複数チェック可)?
- 几帳面 おおざっぱ 内向的 社会的 短気 のん気
- その他(\_\_\_\_\_)
- 趣味・特技があればお書きください

11. 現在お住まいの住居や生活状況についてお尋ねします。

- ・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 様式 和式 その他(\_\_\_\_\_)
- ・火の元 ガス IH その他(\_\_\_\_\_)

12. 介護サービスについてお尋ねします。

- 利用している在宅サービスはありますか?
- 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(\_\_\_\_\_)
- 介護保険の利用についてお尋ねします。
- 1) 介護保険を利用していますか はい いいえ
- 2) 介護保険の区分を教えてください 要介護・要支援\_\_\_\_\_