

《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 職業(何歳まで働いていたか)	() ()歳まで		
⑤ 教育歴	小学校・中学・高校・専門学校・大学・その他()		
⑥ 本人の性格			
⑦ 本人の趣味			
⑧ 本人のきょうだい	人中	番目	⑨ 本人の子ども 人
⑨ ご家族に認知症の方はいますか	無し・有り(関係性:)		
⑩ 生活様式	自宅	単身・同居(どなたと?)	
	施設	サービス付き高齢者住宅・有料老人ホーム・グループホーム 老人保健施設・特別養護老人ホーム・その他()	
⑪ 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]	
⑫	現在利用している介護サービス内容		
⑬	今までの通院・入院・手術歴		
⑭	物忘れが始まったのはいつ頃からですか		
⑮	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)		