物忘れ外来　受診・相談シート

記入日　　年　月　日

患者氏名		性別	男	女	生年月日	M・T S・H　年　月　日	歳
住所					電話番号	－　－	
世帯構成	□ 独居　□ 同居　家族構成（　）						
相談者氏名		続柄・事業所等					
電話番号	－　－	FAX	－　－				
受診同行者名		続柄・事業所等					
電話番号	－　－	FAX	－　－				
かかりつけ医	□ あり　（医療機関名　）　□ なし						
紹介状	□ あり　□ なし						
内服薬	□ あり　※受診時お薬の内容がわかるものを持参ください　□ なし						

認知症の症状について

一番はじめに気になったのはいつですか　　年　　月　頃

どんなことでしたか？

今あてはまることにチェックしてください

□ 物忘れ	□ 食欲がなくなった	□ 昼夜逆転
□ 同じことを何度も聞く	□ 歩き方が小股・すり足	□ 物盗られ妄想
□ 同じものを何度も買う	□ 以前より怒りっぽくなった	□ 暴力・暴言がある
□ 家事ができなくなった	□ 着替えができなくなった	□ トイレの失敗がある
□ 慣れた道に迷う	□ 人や物の名前がわからない	□ 異常な食欲
□ 日時がわからなくなった	□ よく転ぶようになった	□ 急激な症状の進行
□ できない事に言い訳をする	□ 幻視や幻聴がある	□ 収集癖

□ その他　（　）

相談内容についておしえてください

□ 認知症の診断　□ 認知症の治療　□ 行動・心理症状の緩和

□ 各種診断書　（ □ 成年後見制度　□ 運転免許証　）

□ 認知症の再診断(セカンドオピニオン)　前回の診断日　　年　　月　頃

（ 医療機関名　）（診断名　）

その他の相談内容は、下記に記載してください。

※FAXで送付される場合は患者氏名・住所は空白でも結構です。

医療法人　葛本医院　　FAX 06-6714-7090