

患者さんについて (記入者のお名前: _____ (ご関係 _____))

<受診される方>

ふりがな

お名前 _____ (男・女)

生年月日 (明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成) 年 月 日 (歳)

ご住所 〒 _____

お電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

● 家族構成 (独居 ・ 同居 (人数: 人) ※同居の場合は家族構成も記入ください
配偶者・子供・その他: _____

.....
<受診に付き添われる方>

ふりがな

お名前 _____ (歳) 患者さんとのご関係 ()

別世帯の場合

ご住所 〒 _____

お電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

(クリニックよりお電話をする事がございます)

※当クリニックを知ったきっかけをお教え下さい。

テレビ(夢の扉) ・ ホームページ ・ 他院からの紹介 ・ 知人の紹介 ・ その他

- 1) 現在の症状で困っている、またはご心配なこと。

(いつ頃から、どのような事がみられたか具体的にご記入ください)

- 2) 現在、通院中の方は下記内容をご記入下さい。※必ずご記入をお願いします。

(認知症/高血圧症/心臓病/ 糖尿病/高脂血症/甲状腺/結核/がん/脳血管障害)

その他：

病院名：

診療科目：

お電話：

医師名：

病院住所：

お薬名：

- 3) 既往歴（過去に受けている治療、入院歴など、お分かりなる範囲で）

(認知症/高血圧症/心臓病/ 糖尿病/高脂血症/甲状腺/結核/がん/脳血管障害)

- 4) 輸血歴（あり・なし）

- 5) 家族歴 血縁関係のある方で下記の病気のあるかた

(認知症/高血圧症/心臓病/ 糖尿病/高脂血症/甲状腺/結核/がん/脳血管障害)

- 6) 食べ物・お薬などのアレルギー（あり・なし）※必ずご記入をお願いします。

ありの方： 鶏 ・ ホタテ ・ その他（ ）

- 7) タバコ（あり・なし・ 歳頃やめた）

アルコール（晩酌あり・ときどきのむ・全くのまない）

- 8) 職歴（過去・現在）

1) 介護保険申請 (あり・なし・わからない)

(要支援 1 ・ 2 要介護 1 2 3 4 5)

2) 介護サービス利用 (あり・なし・わからない) (ヘルパー利用、デイホーム利用など)

3) 自立度について

一人で買い物など (している ・ していない)

一人で金銭管理など (している ・ していない)

一人で入浴を (している ・ していない)

食事の支度を (している ・ していない)

排泄・排便に問題 (ある ・ なし)

日頃の運動習慣 (毎日やっている ・ 週に数回 ・ 月に数回 ・ なし)

あるとお答えの方 内容をご記入ください

何か楽しめる趣味はお持ちですか (ある ・ なし)

あるとお答えの方 内容をご記入ください

4) これまでに精密な脳の検査を受けたことはありますか (頭部CT・MRIなど)

(はい ・ いいえ ・ わからない) (はい) とお答えの方は記入ください。 年前

5) その他

ご記入ありがとうございました。