

※ 認知症の診断希望の方や、症状がある方はこちらの外来問診票(2)もご記入下さい

外来問診票 (2) 1ページ目

記入日：平成 年 月 日

記載者 () 続柄 () 同居 別居

患者氏名 _____

(1) あてはまる状態があれば☑をつけてください。

- 財布や通帳など大事なものをなくすことがある
- 電話を切ったばかりなのに、話していた相手の名前を忘れる
- 同じものを何個も買ってしまう
- 曜日や日付を何度も確認しないと忘れてしまう
- 慣れた道でも迷うことがある
- 薬の飲み忘れや、飲んだかどうか分からなくなることがある
- リモコンや洗濯機などの操作がうまくできない
- いらいらして怒りっぽくなった
- 一人でいることが不安になる
- 外出するのがおっくうになった
- 趣味や好きなテレビを楽しめなくなった
- 身だしなみに構わなくなった
- 数ヶ月の間に頭部を打ったりぶついたりした (年 月頃)
- 外出し戻って来られないことがある (徘徊)
- 虫や子供など現実にはないものが見えているようである (幻覚)
- 実際には聞こえないはずの声や音が聞こえているという (幻聴)
- 食べられないものを口にしてしまう
- 夕方から夜になると活動的で昼間はウトウトしている
- その他

()

(2) 上記の症状が出た頃に何かきっかけと思われることはありましたか？

- なかった あった (ある場合、下記に☑をつけてください)

↓

- 引っ越し 同居 別居 施設入所 入院 (病名:)
- 身近な方の死 退職 ケガ、病気 その他 ()

(3) よろしければご家族様のお気持ちをお聞かせください。

- 私にばかり当てられて辛い
- つい声を荒げてしまう
- 社会とのつながりが減った
- 相談できる人がいない
- その他

()

※ 認知症の診断希望の方や、症状がある方はこちらの外来問診票(2)もご記入下さい

外来問診票 (2) 2ページ目

(4) 現在介護保険の要介護認定は受けておられますか？

受けていない 受けている (受けている場合、下記にをお願いします)

↓

要支援 1 要支援 2 自立

要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5

担当ケアマネージャー ()

(5) 利用中のサービスがあれば教えてください。

デイサービス、デイケア ショートステイ 訪問看護 訪問介護訪問リハビリ

施設入所中 その他 ()

(6) たばこについて

吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日 本、約 年間)

(7) 飲酒について

飲まない 飲む 過去に飲んでいた (1回 杯、毎日 時々 機会があれば)

(8) 当院には医療福祉相談課がございます。何かお困りのことはございませんか？

ない 相談したい事がある。(ある場合、下記にをお願いします)

↓

福祉村病院への入院について (早急に 将来的に)

各種福祉制度利用について (介護保険制度、身体障害者手帳、精神障害者手帳、成年後見制度等)

施設入居について

ご家族の不安、心配事について

病気への不安について

治療費など経済的なこと

(9) その他何か気になることがあればご記入ください。

最後までご記入いただきありがとうございました。

医療法人さわらび会 福祉村病院