

# 市立秋田総合病院 もの忘れ外来問診票

記入日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

患者 ID

名 前： \_\_\_\_\_

年齢： \_\_\_\_\_歳

## 本日、本人以外に来院された方

フリガナ

名 前： \_\_\_\_\_

続柄： \_\_\_\_\_

居住形態： 同居 ・ 別居

電話番号： \_\_\_\_\_

## 1. これまでの病歴について記入して下さい

年齢/年	病名	治療施設名	科名	入院・通院
				入院・通院

## 2. 現在服薬中のお薬を記入して下さい（または、『お薬手帳』をお見せ下さい）

## 3. 嗜好について記入して下さい

喫煙： 有 ・ 無

飲酒： 有 ・ 無

## 4. ご本人が記入して下さい（記入できない場合は結構です）

1) 受診された理由は何ですか？（当てはまるものすべてに○をつけて下さい）

- ① もの忘れがあるのかどうか心配
- ② 以前はなかったもの忘れが最近始まった
- ③ もの忘れが以前からあったが、最近ひどくなった
- ④ かかりつけ医に受診を勧められた
- ⑤ その他（ \_\_\_\_\_ ）

