

以下の質問は患者さんご本人についてお答えください。

① 本日はどのようなことがお困りで受診されましたか？（複数回答可）

物忘れ（記憶力の低下）

→ どの様なことで気づかれましたか？（ ）

→ ご本人の自覚は ある ない

これまで出来たことが出来なくなっている（具体的に： ）

食欲・睡眠など生活リズムに異常がある

話がかみ合わない、話の内容につじつまが合わない

問題行動がある（迷子、火の不始末、大切な物をなくす、金銭管理が出来ないなど）

気分や感情に変化がある（落ち込み、やる気の低下、外出を嫌がる、不安が強い、怒りっぽい、など）

家の中に知らない人が見えるなど、不思議なことが起こる

体の調子が悪い（体がうまく動かない、手や足が震える、歩きづらいなど）

その他

具体的に：

② 上記の症状はいつ頃から気付くようになりましたか？（ ）頃から

<スタッフ記入欄>

③ 他の医療機関からの紹介状はありますか？

ない

ある 医療機関名（ ）

④ これまでに精神科・心療内科を受診したことがありますか？

ない

ある

・（ ）年 月 ～ （ ）年 月 医療機関： 診断名： ）

・（ ）年 月 ～ （ ）年 月 医療機関： 診断名： ）

⑤ 現在、精神科・心療内科以外で通院している医療機関はありますか？

ない

ある

・（ ）年 月 ～ （ ）年 月 医療機関： 診断名： ）

・（ ）年 月 ～ （ ）年 月 医療機関： 診断名： ）

⑥ 現在内服しているお薬はありますか？ある場合には下記にお書きください。アレルギーやお体に合わないものがあつた場合には、その旨もお書きください。 ※お薬手帳を受付に提出された方は不要です。

{ }

