

記入日 年 月 日

《初診問診票》

患者名		殿	男・女	
生年月日		年	月	日
① 付添された方のご関係	配偶者・きょうだい・息子・娘・嫁・その他()			
② 本票を記入されたのは	本人・配偶者・きょうだい・その他()			
③ 外来受診の目的・希望	認知症診断のため・介護保険申請のため その他()			
④ 結婚歴	有り・無し	⑤ 離婚歴	有り・無し	⑥ 出身地()
⑦ 職業(何歳まで働いていたか)	職業() ()歳まで			
⑧ 教育歴	小学校・中学・高校・専門学校・大学・その他()			
⑨ 本人の性格			⑩ 本人の趣味	
⑪ 本人のきょうだい	人中	番目	⑫ 本人の子ども	人
⑬ ご家族に認知症の方はいますか	無し・有り(関係性:)			
⑭ 生活様式	自宅	単身・同居(どなたと?)		
	施設	施設名:()入所日:()		
⑮ 車の運転	免許	有り・なし・返納済み	現在運転	している・やめた
⑯ 現在の介護度	未申請・申請中・申請済	介護度 [要支援 1・2] [要介護 1・2・3・4・5]		
⑰	現在利用している介護サービス内容			
⑱	今までの通院・入院・手術歴			
	現在の通院			
⑲	物忘れが始まったのはいつ頃からですか			
⑳	現在最も心配・困っていること(例:物忘れ・徘徊・昼夜逆転・物盗られ妄想・幻覚・幻聴など)			