

記入日 年 月 日

《初診問診票》

患者名		殿		男・女	
生年月日		年 月 日		才	
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	職業(何歳まで働いていたか)	職業( ) ( )歳まで			
⑤	教育歴	小学校・中学・高校・専門学校・大学・その他( )			
⑥	本人の性格	⑦	本人の趣味		
⑧	本人のきょうだい	人中	番目	⑨	本人の子ども
⑨	ご家族に認知症の方はいますか	無し・有り(関係性: )			
⑩	生活様式	自宅	単身・同居(どなたと?)		
		施設	施設名:( )入所日:( )		
⑪	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
⑫	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]		
⑬	現在利用している介護サービス内容				
⑭	今までの通院・入院・手術歴				
	現在の通院				
⑮	物忘れが始まったのはいつ頃からですか				
⑯	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)				