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	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)						