

# 熊沢医院

## 物忘れ外来（御本人用）

該当する欄にチェックをつけて、必要な事柄を記入してください。

①どのようなことで診察にいられましたか？

物忘れ 仕事・日常生活に支障 家族から勧められた その他

②困っていること・知りたいことを具体的にお書きください。

③何年前から物忘れがありますか？

\_\_\_\_年前

④お仕事はしていますか？定年後なら過去のお仕事は何ですか？

現在→

過去→

⑤趣味・興味のあることは何ですか？

⑥身の回りのことは自分で出来ますか？ “○”か“×”をつけてください。

食事	_____	整容	_____	洗顔	_____	トイレ	_____
外出	_____	入浴	_____	歯磨き	_____	着替え	_____

⑦外出はされますか？

毎日 週に数回 月に数回 ほとんどしない

⑧次の病気がありますか？ あればチェックをつけてください。

高血圧症 糖尿病 高脂血症 脳卒中 腎臓病 肝臓病 うつ病

⑨現在服用しているお薬はありますか？

はい いいえ

↓ 通院中の病院名 ↓

⑩身体が不自由なことはありますか？

ある ない

あれば具体的に

他に気になることがあればお書きください。参考にさせていただきます。