

# 熊沢医院

## 物忘れ外来（御家族用）

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診察を受ける方（御本人）は、あなたの

夫 妻 父親 母親 兄弟姉妹 友人 その他 \_\_\_\_\_

②どのようなことで診察に来られましたか？

物忘れ 介護保険申請のため 仕事・日常生活に支障 その他

③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

④何年前から物忘れがありますか？ \_\_\_\_\_ 年前

⑤御本人は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 \_\_\_\_\_

⑥以前と比べて性格が変わりましたか？ はい いいえ

具体的に

⑦次のような症状はありますか？ あればチェックをつけてください。

幻覚 妄想 昼夜逆転 暴言暴力 火の不始末 徘徊

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介護保険の申請はしていますか？

はい いいえ

⑪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。