

たかだ脳神経外科クリニック 問診票

(ID _____)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

氏名 _____

生年

月日 _____

大・昭・平・令 _____ 年

_____ 月 _____ 日

年齢 _____ 歳

男・女 _____

住所 _____

電話番号 自宅： _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

携帯： _____ 家族の連絡先： _____

1 物忘れが始まったのはいつ頃ですか？ _____ 年前 _____ カ月前 _____ 何日前 頃から

症状チェック：該当する□に印をつけてください

最近のことを思い出せない（何をしに来たのか、どこに置いたのか）

約束の時間・場所などを間違える

すぐに忘れる（同じことを何度も言ったり聞いたりする、同じ物を毎回買う）

お金を使つての買い物ができなくなった

無関心（今まで好きだったことに無関心、無気力、社交性がなくなった）

性格が変わった（怒りっぽい、落ち着きがない、独り言を続ける、興奮しやすい）

幻覚（実際にはない物や人が見える・幻視、音・声が聞こえる・幻聴）

身だしなみ・排尿の件（何日も入浴しない、排尿・排便の失敗、ゴミを捨てない）

睡眠のリズムの障害（昼夜逆転、睡眠中に大きな声を出すことがある）

歩行障害（歩き方が変になった、転倒しやすい、意識を失うことがある）

2 その他（頭痛・めまい・手足のしびれ・首の痛み・腰痛）

3 今までにかかった病気はありますか？ _____

高血圧・糖尿病・コレステロールが高い・脳卒中・心疾患・呼吸器疾患・腎臓病・ぜんそく

かかりつけ医はありますか？ _____

4 手術を受けたことがありますか？ ない・ある（手術歴 _____）

5 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ない・ある（薬品名 _____）

お薬手帳ありましたら、記載せず受付に一緒にお出してください。

6 喫煙しますか？ しない・する（1日の本数は？ _____ 本）

7 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

・ホームページを見て ・看板を見て ・知人の紹介 ・他院の紹介 ・その他（ _____ ）