



記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな 氏名		性別	男・女
		生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）
住所	〒 _____ (建物名)	結婚	独身（結婚歴 あり・なし）・既婚
		職業	
		自立支援医療	あり・なし・知らない
電話番号	携帯：	本人・他（ _____ ）	当院からの連絡： 可・不可
	固定：	自宅・他（ _____ ）	当院からの連絡： 可・不可
ふりがな 同伴者	ご本人との関係：		
同伴者 電話番号	携帯：	当院からの連絡： 可・不可	
	固定：	当院からの連絡： 可・不可	
本日の体調について教えてください			
		体温	_____ ℃
・強いだるさ（倦怠感）息苦しさや咳がある		あり・なし	
・ご家族の中で発熱や感冒症状のある方がいる		あり・なし	

1. 本日、受診された理由に○をつけてください。

認知症鑑別診断を受けたい 脳の検査（CT・MRI・SPECT）を受けたい 介護認定を受けたい
 成年後見制度を利用したい 今、困っていることを相談したい 人からすすめられて
 その他：（ _____ ）

2. どのような症状がありますか？○をつけてください。

同じことを何度も言う、する 日にちなどがわからなくなる 慣れた道に迷う
 薬の飲み間違いが多い 些細なことで怒りっぽくなる 計算・運転などミスが多くなる
 落ち込みがある 物を盗まれたという 身だしなみをかまわなくなる
 しまい忘れが増え、いつも探し物をする 見えるはずのないものが見えるという
 趣味や好きなテレビに興味を示さなくなる トイレを失敗することが増えた
 その他：（ _____ ）

3. もの忘れに気づいたのはいつ頃からですか？そのきっかけになった出来事は何ですか？

平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃（ _____ 歳頃から）
 きっかけ：（ _____ ）

4. 介護保険の申請状況、ご利用中のサービスについて○をつけてください。

申請： あり（要支援・要介護 _____ ） ・ なし ・ 申請中
 利用サービス： 通所介護（デイサービス） 通所リハビリ（デイケア） 訪問介護（ホームヘルプ）
 訪問看護 訪問リハビリ 訪問入浴 短期入所介護（ショートステイ）
 その他：（ _____ ）

5. 定期的に通院している病院、紹介状はありますか？また、服用中の薬・サプリメントはありますか？

かかりつけ医紹介状： あり（ _____ ） ・ なし
 病院名 / 受診科：（ _____ ） 薬名：（ _____ ）
 病院名 / 受診科：（ _____ ） 薬名：（ _____ ）
 病院名 / 受診科：（ _____ ） 薬名：（ _____ ）
 サプリメント：（ _____ ）

◆2枚目もご記入をお願いいたします。



6. 今までにかかった病気やけがの治療歴をお書きください。書ききれない場合は裏面にお書きください。
例：高血圧、糖尿病、高脂血症、心臓病、不整脈、脳梗塞、脳出血、肝臓病、甲状腺機能異常、がん、うつ病、アルコール依存症、交通事故など

昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	病名	入院・通院
昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	病名	入院・通院
昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	病名	入院・通院
昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	病名	入院・通院
昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	病名	入院・通院

7. 薬剤の副作用を経験したことはありますか？ いいえ・はい ()
8. 薬剤・食物・その他のアレルギーはありますか？ いいえ・はい ()
9. アルコールは飲みますか？ いいえ・はい (頻度 日/週・月)
10. たばこは吸いますか？ いいえ・禁煙中・はい (本/日)
11. 運動の習慣はありますか？ いいえ・はい (頻度 回/週・月)
12. 血縁のある親族の中で、認知症の方はいますか？ いいえ・わからない・はい ()

13. 血縁関係のご家族について教えてください。

	<年齢>	<同居の有無>	<健康状態>
父	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
母	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
兄弟/姉妹	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
兄弟/姉妹	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
兄弟/姉妹	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
兄弟/姉妹	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
兄弟/姉妹	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
夫/妻	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
子(第1子)	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
子(第2子)	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
子(第3子)	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)
子(第4子)	歳	あり・なし	健康・病気・死亡(原因:)

14. あなたはどこで生まれ育ち、どんな学校へ行き、どんな仕事につきましたか？

出生地	主な生育地
最終学歴	卒業・中退

これまでの職歴（営業職・事務・主婦など）をお書きください。

15. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

医師 () からの紹介 知人 () からの紹介 区役所の紹介
 通りかかって スマートフォン・携帯電話 パソコン その他 ()

- ◆ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
- ◆ 早期診療体制充実加算に関する同意書
あべクリニックの初診担当医を主治医として、こころの不調・病気に対する継続的な診療、お薬の管理等を受けることに同意いたします。

ご署名