

# 医療法人 育生会 三好病院

## もの忘れ外来 問診表

平成 年 月 日

患者様 氏名	様			
記入者	様：続柄			
受診の目的	<input type="checkbox"/> 認知症の有無 <input type="checkbox"/> 確定診断 <input type="checkbox"/> 精査希望 <input type="checkbox"/> MRI 検査 <input type="checkbox"/> 脳血流 SPECT <input type="checkbox"/> 問題行動の治療(薬物療法) <input type="checkbox"/> 物忘れの治療 <input type="checkbox"/> 介護保険作成			
主な症状	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> うつ気分 <input type="checkbox"/> いらいら <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚			
発症時期	平成 年 月 日 から (わかる範囲で結構です)			
生活歴	学生時代 仕事・勤務 以前の日常生活			
初期の症状				
現在の症状				
過去の疾患	期間	病名	病院	通院/入院
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			

