

受診シート

※このシートを記入して、受診先の医師に見せて下さい。

記入日 平成 年 月 日 記入者

続柄

受診者	氏名		生年月日 (昭・平)	年 月 日	歳	
	住所				性別	男・女
	電話				紹介状	有・無
受診同行者氏名			連絡先			
<p>1 受診目的</p> <p><input type="checkbox"/> 鑑別診断(認知症かそれ以外の病気かを区別し、どのタイプの認知症かを確定診断する)</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症の治療 <input type="checkbox"/> 要介護認定の意見書作成</p> <p><input type="checkbox"/> 成年後見制度の活用 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン(医師の診断や治療法について患者が別の医師に意見を求めること)</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>						
2 今かかっている病気				いつから	昭・平 年 月頃～	
3 以前かかった病気				いつ頃	昭・平 年 月頃	
4 飲んでいる薬						
<p>5 気になる症状</p> <p><input type="checkbox"/> 今電話していた相手の名前を忘れる <input type="checkbox"/> 周りへの気遣いがなくなり、頑固になった</p> <p><input type="checkbox"/> 同じことを何度も言う・問う・行う <input type="checkbox"/> 自分の失敗を人のせいにする</p> <p><input type="checkbox"/> しまい忘れ置き忘れで、いつも探し物をしている <input type="checkbox"/> 『この頃様子がおかしい』と周囲から言われた</p> <p><input type="checkbox"/> 財布・通帳・衣類などを盗まれたと人を疑う <input type="checkbox"/> 一人になると怖がったり寂しがったりする</p> <p><input type="checkbox"/> 新しいことが覚えられない <input type="checkbox"/> 外出時、何度も持ち物を確かめる</p> <p><input type="checkbox"/> 料理・片付け・計算・運転などのミスが多い <input type="checkbox"/> 『頭が変になった』と本人が訴える</p> <p><input type="checkbox"/> 話のつじつまが合わない <input type="checkbox"/> 身だしなみに構わなくなった</p> <p><input type="checkbox"/> 銀行のATM・券売機・家電などの操作にまごつく <input type="checkbox"/> 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった</p> <p><input type="checkbox"/> 約束の日時や場所を間違える <input type="checkbox"/> ふさぎ込んで何をするのも億劫がり嫌がる</p> <p><input type="checkbox"/> 慣れた道でも迷うことがある <input type="checkbox"/> 無いものが見えたり聞こえたりするようだ</p> <p><input type="checkbox"/> 些細なことで怒りっぽくなった <input type="checkbox"/> しゃべりにくい、むせる、ふるえ、歩行が不安定</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>						
<p>6 気になる症状はいつから? 年 月頃～</p> <p>エピソードや症状の現れ方やその時の状態で気がついたことがあれば具体的に記入して下さい。</p> <p>()</p>						
<p>7 困っていることは何ですか?</p>						