　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　北中城若松病院　認知症疾患医療センター

【認知症外来・インテーク】

□本人：　　　　　　　　　　様

□生年月日：（大正・昭和・平成　　　年　　　月　　日生まれ）

□年齢　　　　　歳

□受診動機：どのようなきっかけで当センターの受診をお考えになったのか思ったのかを記入して下さい。

□かかりつけ医：（　　　　　　　　　　　　　　）　　□主治医名：（　　　　　　　　　　　　　）

□頭部画像持参：　あり　　・　　なし

□相談者：　　　　　　　　　　　様　/　　　　　　　　　（続柄）

□出生地：

□学歴：

□職歴：

□収入：※年金額、その他収入があれば記入してください　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□趣味：

□宗教：

□嗜好：※甘い物を好むなど、特別好きな事があれば記入してください　（　　　　　　　　　　　）

□アレルギー：　あり　・　　なし　→（○をつけてください）

□性格：

病前→もともとの性格を書いてください

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

病後→物忘れなどの症状が出てから、性格が変わったことがあれば記入してください

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□高血圧：　あり　　・　　なし　→（○をつけてください）

□糖尿病：　あり　　・　　なし　→（○をつけてください）

□心疾患：　あり　　・　　なし　→（○をつけてください）

□腎疾患：　あり　　・　　なし　→（○をつけてください）

□結核：　あり　　・　　なし　→（○をつけてください）

□梅毒：　あり　　・　　なし　→（○をつけてください）

□白内障：　あり　　・　　なし　→（○をつけてください）

□難聴：　あり　　・　　なし　→（○をつけてください）

□癌：　あり　・　なし　→（○をつけてください。ありの場合は病名をお書きください）

　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□酒：　飲む　　・　　飲まない　→（○をつけてください）

□煙草：　吸う　　・　　吸わない　→（○をつけてください）

□運転：　免許　あり　・　なし　　運転の継続　あり　・　なし　→（○をつけてください）

北中城若松病院　認知症疾患医療センター

【生育歴】

①　どこで、何人兄弟の何番目で生まれましたか

②　実家はどのような家系でしたか？→農業・商売など

③　学歴→　最終学歴をお書き下さい

④　職業→　学校を出て、最初に就いたのはどのような職業ですか

→その後、どのようなお仕事をされていましたか（例：○○代頃　タクシー運転手など）

⑤　結婚歴→　何歳の時に、何歳違いの人と結婚したのか（離婚・死別（ご家族含む））

⑥　引っ越し歴　転居したことがあれば、その場所と理由を書いて下さい。

⑦　定年は何歳で、その後再就職はしたのか→など、本人の生き方がわかる範囲でご記入下さい。

⑧その他、気になる出来事があれば書いて下さい。

北中城若松病院　認知症疾患医療センター

【病歴】

①　手術や入院歴があればご記入下さい

②　通院歴→いつ頃（何歳）から、どのような病気でどちらの病院へ通院するようになりましたか

【家族の情報】

①　子供は何人ですか？一番仲の良い人や頼りにしている人が誰なのかお書き下さい

【認知症の症状】

①　いつ頃、どのようなエピソードで「認知症ではないか」と気づかれましたか？

②　その他、気になる症状があれば書いて下さい

□介護保険主治医意見書依頼：　はい　　　・　　　いいえ　→（○をつけてください）

□介護保険：介護情報、下りていれば介護度を書いて下さい　→　（要介護度　　　　　　）

□居宅介護支援事業所：（　　　　　　　　　　　　　）

□担当ケアマネージャー：どなたでしょうか（　　　　　　　　　　　　　）

□利用中サービス：利用しているサービスがありますか　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

□難病：あり　・　なし　→（○をつけてください）　あれば病名を書いて下さい（　　　　　　　　　　）

□障がい分野(手帳など)：手帳があれば、その有無を書いて下さい　（　　　　　　　　　　　　）

特定医療法人　アガペ会　北中城若松病院　認知症疾患医療センター

〒901-2395　沖縄県北中城村字大城311番地

TEL：098-935-2277　FAX：098-935-2272

TEL（直通）098-975-6122