



ID

氏名

●ご家族について（※②と④は亡くなられた方も含めてご記入をお願いします。）

①現在一緒に、どなたかと暮らしていますか？

独居 同居（続柄とご年齢をご記入ください。例：母65歳、姉50歳、息子30歳）

→

②ご兄弟姉妹はいますか？ 【ご自身も含めて 人】 何番目ですか？【 番目】

③ご結婚はされていますか？ いいえ はい【 歳頃】 以前していた

④お子さまはいますか？ いない いる【 人】 現在妊娠中

⑤血のつながったご家族に、以下のようなご病気の方がいらっしゃいましたらご選択ください。

糖尿病 高血圧 脳卒中 認知症 精神疾患【 】

その他

●生活歴について

①最終学歴は？

小学校 中学校 高校 専門学校 短大 大学 その他【 】

（卒業 / 年生在学中 / 年生時中退 ）

②お仕事は？

【職種】 【時期（例：○歳～△歳頃まで等）】

--	--

●日常生活について

①睡眠 よく眠れる 寝つきが悪い 途中で目が覚める 早く起きてしまう

②食欲 ある ない 過食気味 少食気味 味がしない

③便秘 特に問題なし 頻繁に便秘 頻繁に下痢 便秘と下痢を繰り返す

④生理 順調 不調【いつ頃から？】 閉経【 歳頃】

⑤アレルギー 特にない ある【 】

⑥タバコ 吸わない 吸う【1日 本】 やめた【 歳頃】

⑦アルコール 飲まない やめた【 歳頃】  
飲む【 毎日・時々・まれに 】/ 【何を 量 】

●その他、ご相談したいこと、お伝えしたいことがありましたら、ご記入ください。

●この一年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？

いいえ ・ はい

●マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？

いいえ ・ はい ・ 利用していない

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1 4点 加算2 2点 （マイナ保険証を利用した場合）

ご協力ありがとうございました。

お薬手帳・検査結果などをお持ちでしたら、添えて精神科外来の受付へお出しください。

※もの忘れ外来でお越しの方は3枚目以降もございます

ID

氏名

**もの忘れ外来で受診された方にお尋ねします。**

●利用されている制度や施設について（書き込む、もしくは該当項目に☑してください。）

①介護保険についてお尋ねします。要介護認定を受けておられますか？

いいえ

はい → 要支援1    要支援2  
要介護1    要介護2    要介護3    要介護4    要介護5

申請中

②現在、介護保険サービスを受けておられますか？

いいえ

はい → デイサービス【                      日/週】    ショートステイ【                      回/月】  
ホームヘルプ【                      日/週】    その他【                      】

③利用施設・担当ケアマネージャーがお分かりでしたら、ご記入ください。

●その他、ご相談したいこと、お伝えしたいことがありましたら、ご記入ください。