

もの忘れ外来へ初めてかかる方へ

記入日： 年 月 日

お名前	ふりがな	性別	生年月日	
	様	男・女	年 月 日(歳)	
ご住所			電話番号	
			携帯番号	
緊急連絡先	①氏名：	続柄：	携帯番号	
	②氏名：	続柄：	携帯番号	
お薬手帳へ処方内容のシール貼付を希望しますか？ いいえ ・ はい ※はいの方 → ・ 本日手帳発行希望 ・ 本日手帳を持参している ・ 手帳は持っているが本日は未持参 (※1回のシール貼付は、窓口負担が3割の方で9円、1割の方で3円かかります。)				
◎ 3ヶ月以内に沼田脳外病院または吾妻脳外で、診察や入院をしていましたか？				
◇ 沼田脳神経外科循環器科病院 → <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 定期診察 <input type="checkbox"/> なし				
◇ 吾妻脳神経外科循環器科 → <input type="checkbox"/> 定期診察 <input type="checkbox"/> なし				

身体にペースメーカーなどの、金属を植え込む手術を行っていますか？ いいえ ・ はい	
その他、過去に手術や病気をしましたか？ 病名 ()	
他の病院に通院していますか？ いいえ ・ はい	はいの方 病名： _____ 病院名： _____ 内服： なし ・ あり 持参薬： なし ・ あり
アレルギーはありますか？ いいえ ・ はい	はいの方
症状に気がついたのはいつ頃ですか？ 記入例1) 昨年夏頃から同じ事を繰り返し聞いてくるようになったと、家族に指摘された 記入例2) 最近、急におかしなことを話したり、変な行動をするときがある	
以下の項目は当てはまる口へ、印(チェック)を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言ってきたり、繰り返し聞いてくる <input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが多く、捜し物が増えた <input type="checkbox"/> 料理を上手く作れなくなったり、味付けがおかしくなった <input type="checkbox"/> つじつまの合わない会話をすることがある <input type="checkbox"/> 尿便をもらしてしまう <input type="checkbox"/> 約束の日時や場所を間違えるようになった <input type="checkbox"/> だらしなくなった <input type="checkbox"/> 些細なことで怒りっぽくなった <input type="checkbox"/> 物を盗まれたと騒ぐようになった <input type="checkbox"/> 日課や趣味をしなくなった <input type="checkbox"/> 見えないものが見えると言う <input type="checkbox"/> 誰も居ないのに会話していることがある <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他どのような症状でお困りですか？ 何でも良いので、気がついたことを記入して下さい。	