

社会医療法人 全仁会 倉敷平成病院 認知症疾患医療センター

もの忘れ外来初診用

社会医療法人 全仁会 倉敷平成病院認知症疾患医療センター

〒710-0826 岡山県倉敷市老松町4-3-38

Tel : 086-427-3535

Fax : 086-427-1197

院長 高尾芳樹

認知症疾患医療センター長 涌谷陽介

物忘れ外来は、予約制となりますので、まずは予約日時取得の為に、

お電話ください。TEL 番号 : (直通) 086-427-3535

TEL 番号 : (代表番号) 086-427-1111

予約日が確定した方は、問診票をダウンロードしてご記入いただき、ご予約日の2週間前
までにはFAX、または、郵送をお願い申し上げます。

(ダウンロードが可能でない方は問診票を郵送致します。)

<ファックス或いは郵送していただく用紙No. 1~No. 4、MRI 問診票>

ファックスの場合 : FAX 番号 : 086-427-1197

ご郵送の場合 〒710-0826 岡山県倉敷市老松町 4-3-38

倉敷平成病院 認知症疾患医療センター宛

初診日にご持参頂くもの

1. 健康保険証、または 高齢受給者証
2. 介護保険証 (お持ちの方)
3. かかりつけ医からの紹介状 (必須 : かかりつけ医へ依頼お願いします)
4. お薬手帳 (通院中のご病気があり処方を受けている方)
5. (もしあれば) 他院で受けた検査結果など

2021.10月改訂

ご本人氏名: 生年月日・年齢 (年 月 日 歳)
 (記載者氏名: [本人との関係:])

相談内容

1, 受診を希望された理由を教えてください。

()

2, 上記の症状はいつからどのように起こりましたか？

年 月 日 () 歳頃から 突然起こった ・ だんだん起こってきた

3, 上記の症状はどのように変化していますか。 変わらない ・ 悪くなっている ・ よくなっている

4, 現在一番気になっている症状はなんですか？(質問1と同じでもかまいません)

例: 〇〇歳の 〇頃 肺炎で入院して退院した後から忘れっぽくなった など

()

5, 受診の予約をなさった方(ご家族など)についてご記入ください。

氏名 _____ 続柄 _____ 性別 男・女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ 年齢 _____ 歳

住所 〒 _____

電話番号 (_____) 患者本人との居住状態 同居・別居(会う頻度 _____)

*受診日はどなたが付き添われますか？ (_____)

6, 家族構成を教えてください。同居・別居もわかるようにお願いします。

(例: 父(91・同居)、妻(70・同居)、長女(42・別居)、長女の夫(45・別居)など)

()

7, 主に患者さんと関わり、患者さんの日常生活をご存じなのはどなたですか？

受診予約された方 (名前: _____ 続柄: _____)

受診予約された方とは別の方(名前: _____ 続柄: _____)

基本情報

8、現在治療中の病気、既往歴、手術歴はありますか？ あり ・ なし
「あり」の場合、○をつけてください。年数もわかれば記入してください。

脳の病気（脳梗塞、脳出血、脳動脈瘤など）

（ ）

心臓の病気（心筋梗塞、不整脈、狭心症など）高血圧、糖尿病、高脂血症、

（ ）

胃腸の病気（胃潰瘍、便秘、逆流性食道炎など）消化器系の病気（膵炎、胆石、肝炎、肝硬変など）

（ ）

腎臓・泌尿器系の病気（頻尿、膀胱炎、尿管結石、腎不全など）

（ ）

その他（整形外科、眼科、耳鼻科、皮膚科系の病気など）

（ ）

9、かかりつけ医はありますか？ あり ・ なし（ありの場合、病院・クリニック名をご記入ください。）

（ ）

10、定期的に薬を飲んでいますか？ はい ・ いいえ

「はい」の場合、薬の内容を記入してください。また、サプリメントを飲んでいる場合も記入してください。
薬手帳があれば持参・提示をお願いします。

（ ）

どなたが薬を管理していますか？ ○をつけてください。 本人 ・ 家族 ・ 家族以外
本人が管理している場合、飲み忘れはないですか？ あり ・ なし

11、薬や食べ物でアレルギーがありますか？ はい ・ いいえ ・ 不明
どのようなアレルギーですか？

（ ）

12、お酒やたばこの量はいかがですか？（1日の量）

お酒（日本酒、ビール、焼酎、ワインなど） 合、 本、 杯） 飲まない・やめた
たばこ（ 本） 吸わない・やめた

13、体内にペースメーカーやステント、プレートなどの金属は入っていますか？ あり ・ なし
「あり」の場合は、部位と種類を記入してください。（例：心臓 ステント 頭 クリップ など）

（ ）

14、以下の項目についてあてはまるものにチェックをお願いします。

身体状況

視力 右 見える 多少見える 眼鏡で見える 見えない 不明
左 見える 多少見える 眼鏡で見える 見えない 不明

聴力 右 聞こえる 聞こえにくい 補聴器で聞こえる 聞こえない 不明
左 聞こえる 聞こえにくい 補聴器で聞こえる 聞こえない 不明

味の好みが変わってきた。 はい・いいえ・不明
1～3か月で急な体重の増減はないですか？ はい・いいえ・不明
においに鈍感になった。 はい・いいえ・不明
立ちくらみがある。 はい・いいえ・不明

歩行状態 独歩 つたい歩き シルバーカー 杖 車椅子 寝たきり
食事 自立 声かけ・見守り 一部介助 全介助
排泄 自立 声かけ・見守り 一部介助(時々失禁あり) 全介助(おしめ使用)
入浴 自立 声かけ・見守り 一部介助 全介助 入れていない
着替え・整容 自立 声かけ・見守り 一部介助 全介助 できていない

行動・心理的状況

起床時間() 就寝時間()
よく眠れる まあまあ眠れる 寝つきが悪い 途中起きてしまう 昼寝をしている
いびきをかく 夢をみる

人を疑うことが多くなってきていますか？ はい・いいえ・不明
気分が落ち込んだり心配事が多くなったりしていませんか？ はい・いいえ・不明
幻視や幻聴がありますか？ はい・いいえ・不明
怒りっぽくなりましたか？ はい・いいえ・不明

判断力・問題解決

物事の判断に支障がありますか？ はい・いいえ・不明
(例：ひとりで決められない、家族に頼るようになったなど)
車の運転はしていますか？ はい・いいえ・不明
やめた(歳で)

家庭生活および趣味・関心

趣味や活動に対する興味はありますか？ はい・いいえ・不明
(例：出かけることがたいぎ、おっくうになったなど)

15、食べ物やお薬、注射で気分が悪くなったりじんましんが出たことがありますか？ ある ない
(食べ物・薬・注射の種類：)

16、もともとの性格について、当てはまると思うものすべてに○をつけてください。

積極的 社交的 孤独を好む 無口 くよくよする
優柔不断 消極的 見栄っ張り 自己中心的 まじめ
頑固 横着 責任感が強い 完璧主義 マイペース
嫉妬深い おおらか 短気 気難しい 心配症

17、診察・検査において配慮すべき点があればご記入ください。

()

18、介護保険について

介護度 未申請 申請中
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

担当ケアマネージャー 事業所() 氏名()

担当地域包括支援センター ()

利用サービス 訪問介護 デイサービス デイケア(通所リハビリ) ショートステイ
訪問看護 訪問入浴 訪問リハビリ
その他()

利用施設 ()

19、学歴・職業歴について

最終学歴 小学校 中学校 高等学校 専門学校 大学
その他 ()

職歴

職業()	歳～	歳まで
職業()	歳～	歳まで
職業()	歳～	歳まで
職業()	歳～	歳まで
職業()	歳～	歳まで

ご記入ありがとうございました。
倉敷平成病院 認知症疾患医療センター 電話番号：086-427-3535
FAX 番号：086-427-1197
2021年9月 改訂

MRI 検査問診票

ID

記入日 年 月 日

MRI 検査を安全に受けていただくために、以下の質問にお答えください。

尚、この問診票は検査当日にお持ちいただき、MRI 検査担当技師にお渡しください。

本人氏名 (歳) 男・女 体重 kg

*本人以外の方が記入される場合には代理記入者の氏名及び続柄も記入してください。

代理記入者氏名 (続柄:)

質問事項	回答欄		
1 今までにMRI検査を受けたことはありますか? (年 月頃 病院で)	はい	いいえ	わからない
*MRI検査中に具合が悪くなったことはありますか?	はい	いいえ	わからない
2 狭い所に入って気分が悪くなったことはありますか?	はい	いいえ	わからない
3 体内に埋めこんでいる電子装置はありますか? 例:心臓ペースメーカー、人工内耳、神経刺激装置など	はい	いいえ	わからない
4 手術または外傷などにより身体の中に金属が入っていますか? いつ頃 () 病院名 () 金属名 () 例:脳動脈クリップ、水頭症手術後のシャント、ステント、 コイル、人工関節、整形外科インプラント、歯科用イン プラント、避妊用金属リング、板金作業での鉄片など	はい	いいえ	わからない
5 入れ歯はしていますか?	はい	いいえ	わからない
6 補聴器はしていますか?	はい	いいえ	わからない
7 妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか?	はい	いいえ	わからない
8 以下に記すものを身に着けている(入れている)方は○で囲んでください カラーコンタクト 義眼 義手 義足 はり治療の針 いれずみ(タトゥー) カイロ エレキバン 湿布 金属を含む貼付薬(ニトロゲム、ニコチネル) 尿道カテーテル			
9 腹部・骨盤の検査を受ける方で、以下の疾患があれば○で囲んでください 緑内障 心臓病 前立腺肥大 プスコパン過敏症 消化管穿孔			

注意:質問事項3に『はい』と答えた方はMRI検査を受けられません

ご協力ありがとうございました。

上記を確認しました。

確認日: 年 月 日

担当者氏名: (職種:)