

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. 3、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

2019.5月改定

記入日 年 月 日

※□にチェック、あるいは必要項目に○印（ ）等に内容をご記入ください。

ふりがな				
患者氏名	男・女	生年月日	年	月 日

相談経路	<input type="checkbox"/> 当院主治医 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 高齢者支援センター <input type="checkbox"/> ケアマネジャー				
	<input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介なし <input type="checkbox"/> その他（ ）				

1. 今、一番困っていること、医師に相談したいこと、どのような事がみられたか具体的にご記入ください。

2. それはいつ頃からですか。

	年	月	歳頃から
--	---	---	------

3. 既往歴（現在治療中、今まで受けている治療、入院歴など、お分かりになる範囲で）

年齢	疾患名	医療機関名	治療
記入例 50歳	高血圧	〇〇病院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 内服治療、手術 ）
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）

4. かかりつけ医

紹介状	<input type="checkbox"/> あり	医療機関名	
	<input type="checkbox"/> なし		

患者氏名	
------	--

5. 心臓ペースメーカーや体内金属

<input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> あり	治療時年齢	歳	医療機関名
	治療内容		

6. 薬・食物・花粉症などのアレルギー

<input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 食品 () <input type="checkbox"/> 薬 ()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

7. たばこ

<input type="checkbox"/> 吸わない	() 歳頃やめた
<input type="checkbox"/> 吸う	本/日 () 歳から

8. アルコール

<input type="checkbox"/> 飲まない			
<input type="checkbox"/> 飲む	<input type="checkbox"/> 毎日飲酒の方：1日あたりの量 ()		
	<input type="checkbox"/> 毎日ではないが () 日・() カ月に1回程度、回あたりの量 ()		

9. 経歴・学歴

出生地	都・道・府・県	市
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院	(卒業・中退)

10. 職歴

<input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> あり	記入例	会社員、公務員、土木作業員、飲食店など	在職期間
	職業		歳～ 歳まで
	職業		歳～ 歳まで
	職業		歳～ 歳まで
	職業		歳～ 歳まで

患者氏名	
------	--

11. 家族構成

同居家族がいる方	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹
	<input type="checkbox"/> その他 ()
一人暮らしの方	<input type="checkbox"/> 協力してくれる家族が近所にいる
	<input type="checkbox"/> 家族は遠方で協力を得にくい
	<input type="checkbox"/> 家族以外の協力者がいる ()

12. 家族歴 (血縁関係のある方で下記の病気のある方)

<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> がん
<input type="checkbox"/> その他 ()

13. 介護保険

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請中
<input type="checkbox"/> あり	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

14. 受けている介護サービス

<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ
<input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他 ()

15. ケアマネージャー

<input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> あり	事業所名	
	担当者	

16. その他自由記載

--

17. 別紙MRI問診票の記入もお願いします。と一緒にFAXまたは郵送ください。

記入者名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 続柄 () <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
------	--	--

(病院よりお電話をする事がございます)

ご記入ありがとうございました。

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:)