

【目白MMクリニック 初診問診票（認知症専門外来用）】

当クリニックの問診票は、受診される方の状況を把握させて頂くために記入をお願いしております。記入が難しいとお感じになられたり、よくわからない項目に関しては空欄で結構です。

		記入日	年	月	日
フリガナ		生年月日	大・昭・平		
お名前			年	月	日
		年齢		歳	
住所					
電話番号		記入者	続柄（ ）		

以下の質問にお答えください。□には当てはまる物に☑をしてください。

- 困っている症状、状況はどのようなものですか
- その症状、状況はいつごろからですか
()年()月頃 もしくは ()年前
- ご出身はどちらですか
- 最終学歴を教えてください
☐尋常小学校 ☐中学 ☐高校 ☐大学 ☐大学院 ☐その他() ⇒ ☐卒業 ☐中退
- 学校での成績はどのくらいでしたか？ ☐良い ☐ふつう ☐悪い
- 同居されている方はいらっしゃいますか？
☐はい ☐いいえ はいの方 ⇒ どなたとですか ()
- お酒は飲みますか？
☐はい (☐毎日 ☐時々 ☐たまに) ☐いいえ ☐昔は飲んでいた
はいの方 何を() どれくらい()

