

# 【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（ ）				
緊急連絡先	氏名・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 (      )

8. タバコは吸いますか？

はい      いいえ      昔は吸っていた  
はい の方 ⇒ 何時から (      ) 年前または (      ) 歳から 1日 (      ) 本

9. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

はい (具体的に      )      いいえ

10. 現在治療中の病気はありますか？

高血圧   糖尿病   高脂血症   甲状腺疾患   癌 (悪性腫瘍)   脳血管障害  
その他 (具体的に      )

11. 現在飲んでいる薬を教えてください

12. ご家族・ご親戚の方に認知症の方はいらっしゃいますか？

はい (どなたですか？      )      いいえ

13. アレルギーはありますか？

はい (具体的に      )      いいえ

14. 当院を受診されたきっかけを教えてください。

ホームページ   検索サイト   ご紹介 (      )  
その他 (      )

15. 今までに「肺炎球菌ワクチン」を接種されたことがありますか？

はい (何歳の時ですか？      歳 )      いいえ

16. その他に気になることがございましたらご記入ください。

お疲れさまでした。ご記入ありがとうございました。  
目白MMクリニック