

弘前愛成会病院認知症疾患医療センター 受診予約申込み票

弘前愛成会病院認知症疾患医療センター行き

FAX:0172-35-6464

■受診希望日時（土日祝日は新患受付できません）

第一希望	月 日() 午前・午後	第二希望	月 日() 午前・午後
------	-----------------	------	-----------------

■受診者（本人）

ふりがな		男・女	生年 月 日	大正 昭和 平成	年 月 日生 (歳)
氏名					
住所	〒 -			TEL	()

■紹介者

氏名 (紹介機関)		受診者 との関		TEL	()
				FAX	()

■受診目的

検査・診察 通院治療 入院治療 診断書・意見書などの作成
その他 ()

■現在の状況（該当する項目をチェックしてください）

現在の 症 状	<input type="checkbox"/> もの忘れ⇒	●本人の自覚はありますか？⇒ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ※「あり」の場合、右の設問へ	●いつ頃からもの忘れがありますか？ <input type="checkbox"/> 5年以上前から <input type="checkbox"/> 3～4年前から <input type="checkbox"/> 2年程前から <input type="checkbox"/> 1年程前から <input type="checkbox"/> 半年以内から <input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 新しいことが覚えられない <input type="checkbox"/> 同じことを何度も聞く <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 夜間落ち着かない <input type="checkbox"/> 会話が成り立たない <input type="checkbox"/> 意欲がない <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 日中によく居眠りをする <input type="checkbox"/> 動作が鈍い <input type="checkbox"/> 良い時と悪い時の差が激しい <input type="checkbox"/> 非常識な言動が多くなった <input type="checkbox"/> その他（具体的に：)		
意思疎通	失 語： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	難 聴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	
家族状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者と二人暮らし <input type="checkbox"/> 息子(家族)との暮らし <input type="checkbox"/> 娘(家族)との暮らし <input type="checkbox"/> 子供以外の親族との暮らし <input type="checkbox"/> その他 ()		
	●主な介護者はどなたですか？（複数回答可） <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> その他 ()		
●受診時に同伴される方はどなたですか？			

■かかりつけ医

かかりつけ医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	医療機関名		紹介状	<input type="checkbox"/> 持参できる <input type="checkbox"/> 持参できない	お薬手帳	<input type="checkbox"/> 持参できる <input type="checkbox"/> 持参できない
--------	--	-------	--	-----	---	------	---

■既往歴・現在の状況（該当する項目があればチェックしてください）

高血圧(治療中・未治療) 糖尿病(治療中・未治療) 脂質異常症(治療中・未治療)
心臓病(治療中・未治療) 脳血管障害(治療中・未治療) 過度の飲酒歴(治療中・未治療)
喫煙歴(あり・なし) 1日__本 ※タバコをやめた方の場合：禁煙期間__年
その他()

■その他要望・特記事項等

・送信票は不要ですので、この用紙のみFAXください。
 ・受診日の調整について、FAX受信後に当センターより連絡させていただきます。
 ・上記のほか、記入内容等について問い合わせの連絡をする場合があります。