

秋田県認知症疾患医療センター 外来(横手興生病院内) 受診予約申込みカード

秋田県認知症疾患医療センター行き

FAX 0182-32-2091

(所在地)

社会医療法人興生会 横手興生病院内

〒013-0016 秋田県横手市根岸町8-21

TEL 0182-32-2078 (直通電話)

ご本人、ご家族様

- ・送信票は不要ですので、この用紙のみFAXしてください。
- ・受診日の調整等について、FAX受信後に当センターより連絡させていただきます。
- ・患者様の現在の状態等については、可能な範囲で記載いただければ結構です。
- ・外来受診当日、患者様が診療情報提供書をお持ちいただけるよう、交付をお願いします。

● 患者様氏名・住所等 (受診されたい方のお名前)

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	()		

● ご家族様氏名・住所等 (相談を頂いた方のお名前)

ふりがな		続柄	〒 -
氏名		住所	
TEL	()		

● 現在の状態等 (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		<input type="checkbox"/> いつ頃からありましたか? <input type="checkbox"/> 2~3年以上前 <input type="checkbox"/> 約1年前 <input type="checkbox"/> 約半年前 <input type="checkbox"/> 2~3ヶ月前 <input type="checkbox"/> 1ヶ月前~数日前 <input type="checkbox"/> その他	
	<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"/> 昼夜逆転 <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"/> 非社会的行動がある <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)			
食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項:)
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項:)
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項:)
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
睡 眠	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (具体的に:)			
利用中の 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"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名:) ◆ 要介護度 () 要支援 () <input type="checkbox"/> 未申請			
同居者等	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 () ●主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 ()			

● かかりつけの医院の有無、治療中の病名、既往歴等の記載

<input type="checkbox"/> かかりつけの病院名 (<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 高血圧 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> 心臓病 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> 脳血管障害 (治療中・未治療) <input type="checkbox"/> 既往歴 (手術歴等) [<input type="checkbox"/> その他 [

● その他要望・特記事項等

--