

もの忘れ外来予診票

記入日 年 月 日

受診される方の情報

氏名		年齢	歳
住所	〒		
電話番号	自宅:	携帯:	

記入者またはキーパーソンの情報をご記入ください

氏名		続柄	
住所	〒		
電話番号	自宅:	携帯:	

今まで大きな病気や手術、通院している病気などがありますか？

例:86歳 高血圧(通院中)

--

家族構成

同居の有無	独居・同居(続柄)
近くに住む家族	続柄() 住所(県 区・市)

受診目的

もの忘れが多くなったため ・ 介護認定のため ・ 施設入所予定のため
--

相談したいこと、お困りごとを教えてください

--

現在の生活状況を教えてください

	どの程度ご自身でできますか？	どんなお手伝いが必要ですか？
着替え	自立 ・ 一部介助 ・ 全て介助	
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全て介助	
歩行	自立 ・ 杖使用 ・ 車椅子	
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全て介助	
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全て介助	
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全て介助	

	どの程度ご自身でできますか？	誰がお手伝いしていますか？
買い物	自立 ・ 一部介助 ・ 全て介助	
炊事	自立 ・ 一部介助 ・ 全て介助	
家事・掃除	自立 ・ 一部介助 ・ 全て介助	
金銭管理	自立 ・ 一部介助 ・ 全て介助	

	以前は何をされていたか？	今は何をしていますか？
仕事		
趣味や活動		

以前の状況を教えてください

性格や人格	
出身地と兄弟	県生まれ / 人兄弟 人目
最終学歴	中学 ・ 高校 ・ 大学／大学院 ・ その他()

介護認定について

介護認定	未申請 ・ 申請中 ・ 申請済み(今回は区分変更希望)
介護度	要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

担当支援員やケアマネージャーの情報

事業所	
担当者	

利用しているサービスがあれば教えてください

サービス	利用している曜日	事業者名
ヘルパー	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土	
デイサービス	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土	
訪問看護	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土	
訪問入浴	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土	