

症状の変化について

- 半年～1年前と比べてかわらない 半年～1年前と比べると徐々に悪化している
 急激に悪化した（ ____日・ヶ月） 良いとき、悪いときの差が激しい（1日・1週間・1ヶ月以内）

その他の症状

- 力が入りにくい・動かしにくい・震える（部位： _____）
 しびれがある（部位： _____）
 目が見えづらい 呂律が回らない 転びやすい、ふらつく
 立ちくらみがある 尿がでにくい 便秘がある
 寝言やはっきりした夢 匂いがしない

既往歴・生活習慣など

- Q.介護保険は（未申請・申請中： ____年 ____月に申請・介護保険被保険者証有り）
Q.介護度
（要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5）

Q.どのようなお仕事を何歳までされてきましたか

Q.最終学歴は（小学校・中学校・高校・大学・その他 _____）

Q.家族構成（独居・同居 世帯人数 ____人）

Q.現在の生活状況について（自宅・グループホーム・老人保健施設・特別養護老人ホーム・病院に入院中
・その他 _____）

Q.運転免許は（運転している・免許はあるが運転していない・持っていない・返納した _____）

Q.お酒を飲みますか（いいえ・毎日・週に ____日くらい）

Q.お酒の量は

Q.たばこを吸いますか（いいえ・はい 一日 ____本くらい・禁煙した ____才）

Q.かかったことがある・または治療中の病気

（高血圧・糖尿病・脂質異常症・脳梗塞/脳出血・その他 _____）

Q.普段から飲んでいる薬（ない・ある _____）

（お薬手帳をお持ちの方は来院時にご持参ください）

Q.過去の大きな手術の有無（ない・ある _____）

Q.薬や食べ物のアレルギー（ない・ある _____）

診察に関する要望

Q.診察に関するご要望

- 特になし 時間があまり無いので、簡潔な説明で構わない
 病状や症状について、詳しく説明して欲しい 時間がかかっても、しっかり問題の原因を探りたい

Q.その他ご要望・ご質問・伝達事項等あればご記入ください