

# 関東病院しあわせプログラム \* 申込用紙



ご記入の上、精神神経科FAX（03-3448-6270）までお送り下さい。  
追って、ご連絡させていただきます。

なお「患者」とはもの忘れがある方、「介護者」とは同伴されるご家族のことです。

関東病院しあわせプログラム担当者

記入日：  年  月  日

記入者名：

患 者	氏名：	フリガナ：			
	生年月日：	年 月 日 生まれ	歳	性別：	
	住所：				
	電話番号(自宅)：	携帯電話：			

介 護 者	氏名：	フリガナ：			
	生年月日：	年 月 日 生まれ	歳	性別：	
	住所：				
	電話番号(自宅)：	携帯電話：			
	患者さんとの続柄：				

## 1. 当院受診歴

過去に当院に受診されたことはありますか？ もしある場合は、診察券番号をご記入ください。

ある ない 診察券番号：

## 2. かかりつけ医

現在、かかりつけのクリニックなどがありますか？ おありになる場合は、病院名と連絡先をご記入ください。

ある ない (ある場合は)  
病院名と連絡先

Tel:

---

3. 現在、治療されているご病気、服薬されているお薬名について教えてください。

(例: 2年前から高血圧で、〇〇〇という薬を服用中。など)

---

4. 今までにかかった主な病気や怪我について教えてください。

(例: 3年前に心筋梗塞で手術。今年の2月に交通事故で右腕骨折。など)

---

5. もの忘れについて具体的に教えてください。(いつ頃から? どのような症状か?)

(例: 去年の終わりくらいから、同じことを何度も聞くようになったり、鍋を焦がすことがある。など)

---

6. 運動習慣について教えてください。

1) 週に何回くらい運動をしていますか?

ほぼ毎日     週に2~4回     週に1回程度     月に1~3回     していない

2) 20分の持続運動は可能ですか?

可能である     無理しなければ可能     難しいと思う

---

7. その他

1) 最近心電図はとられましたか?

はい     いいえ

2) 介護保険をとられていますか?

はい     いいえ

(介護保険をとられた方は、介護度と受けられているサービス内容を教えてください。)

介護度)

サービス内容)

3) 脳血流検査を希望されますか?

はい     いいえ

---

## チェックリスト （当てはまると思う番号を○で囲んで下さい）

	はい	時々	いいえ
1) 普段の生活において、もの忘れがありますか？	2	1	0
2) もの忘れは、それまでに行っていた生活に支障をきたすほどですか？	2	1	0
3) 数日前の出来事を忘れていることがありますか？	2	1	0
4) 物の置き忘れやしまい忘れがありますか？	2	1	0
5) 今日が何月何日かという日付を忘れることがありますか？	2	1	0
6) 慣れない場所へお一人で行くと迷うことがありますか？	2	1	0
7) 慣れている場所で迷うことがありますか？	2	1	0
8) お一人で買い物に行くことは難しいですか？	2	1	0
9) 保険や財産管理などの複雑な処理は難しいですか？	2	1	0
10) 電車やバスなどの公共機関の利用は、付き添いが必要ですか？	2	1	0
11) あまり外出をしなくなりましたか？	2	1	0
12) 近所での集まりなどへの参加の機会はなくなりましたか？	2	1	0
13) 献立は、同じものが多くなりましたか？	2	1	0
14) 鍋を焦がすことがありますか？	2	1	0
15) 掃除・洗濯はすべてお一人で行うことは困難ですか？	2	1	0
16) 電話をかけることはなくなりましたか？	2	1	0
17) お薬の飲み忘れが多くなりましたか？	2	1	0
18) いろいろなことに関心を持たなくなりましたか？	2	1	0
19) 季節に合わない洋服を選ぶことがありますか？	2	1	0
20) 身だしなみに気を使わなくなりましたか？	2	1	0

その他、ご質問などご自由にご記入ください。