

樹のはなクリニック

物忘れ外来初診用

樹のはなクリニック

〒154-0004 東京都世田谷区太子堂 2-26-2

サルスース太子橋 1 階

TEL : 03-5433-3388

Fax : 03-5433-3389

infokinohana@gmail.com

院長 奈良岡 美恵子

物忘れ外来は、予約制となりますので、まずお電話ください。

問診票はダウンロードしてご記入いただき、ご予約日の前日までに、FAX
または郵送をお願い申し上げます。

(ダウンロードが可能でない方は問診票を郵送致します)

<ファックス或いは郵送していただく用紙 No.1~No.3>

ファックスの場合 FAX 番号 : 03-5433-3389

ご郵送の場合 〒154-0004 東京都世田谷区太子堂 2-26-2 サルスース太子橋 1 階
樹のはなクリニック宛 (TEL:03-5433-3388)

初診日にご持参頂くもの

1. 健康保険証 または 高齢受給者証
2. 介護保険証 (お持ちの方)
3. お薬手帳 (通院中のご病気があり処方を受けている方)
4. 他院で受けた検査結果など

樹のはなクリニック 問診票

No.1

<受診される方>

ふりがな

お名前 _____ (男・女)

生年月日 明治・大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
昭和・平成

ご住所 〒 _____

お電話番号 _____

.....

<受診に付き添われる方>

ふりがな

お名前 _____ (_____ 歳) 患者さんとのご関係 _____

別世帯の場合

ご住所 〒 _____

お電話番号 _____ (クリニックよりお電話をする事がございます)

当クリニックを知ったきっかけをお教え下さい。

- 看板
- ホームページ
- 折込広告
- 他院からの紹介
- あんしんすこやかセンター (地域包括支援センター)
- その他 (_____)

樹のはなクリニック 問診票

No.2

患者さんについて

(記入者のお名前_____ (ご関係 _____)

- 1) 現在の症状でお困りなこと、ご心配なこと。
(いつ頃から、どのような事がみられたか具体的にご記入ください)

- 2) 既往歴 (今まで受けている治療、入院歴など、お分かりなる範囲で)

- 3) 輸血歴 (あり ・ なし)

- 4) 家族歴 血縁関係のある方で下記の病気のあるかた
高血圧症 心臓病 糖尿病 高脂血症
甲状腺 結核 がん 脳血管障害

- 5) 薬・花粉症などのアレルギー (あり ・ なし)

- 6) タバコ (あり ・ なし ・ 歳頃やめた)
アルコール (晩酌あり ・ ときどきのむ ・ 全くのまない)

- 7) 職歴

- 8) 家族構成
① 独居
② 同居 (同居の場合は家族構成も記入をお願いします)

- 9) 薬は後発製品 (ジェネリック) を希望しますか?
(する ・ しない ・ どちらでもよい)

樹のはなクリニック 問診票

No.3

- 1) 介護保険申請 (有 ・ 無 ・ わからない)
 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

- 2) 受けているサービスについて (有の方のみご記入ください)
 - ① ケアマネージャー 有の方 事業所名
 担当者名

 - ② デイサービス利用 週 回 (月、火、水、木、金、土、日)
 事業所名

 - ③ ショートステイ 月 回
 事業所名

- 3) 歩行について 車椅子使用 有 無
 杖歩行 有 (室内・外出のみ) 無

- 4) 自立度について
 - ① 一人で買い物など (している ・ していない)
 - ② 一人で金銭管理など (している ・ していない)
 - ③ 一人で入浴を (している ・ していない)
 - ④ 食事の支度を (している ・ していない)
 - ⑤ 排泄・排便に問題 (ある ・ なし)
 - ⑥ 利き手 (右手 ・ 左手)

- 5) 精密な脳の検査をご希望されますか
 (病院へ紹介し頭のCT・MRI・脳血流測定など)
 (はい ・ いいえ ・ わからない)

- 6) 今回の受診で介護保険申請を当院で希望されますか
 (はい ・ いいえ ・ わからない)

ご記入ありがとうございました。