

認知症ドック 問診票

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	
氏 名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
住 所	結果を送付するため、お間違いのないようご記載ください 〒	TEL		
		携帯		
喫煙歴	あり(1日 本 年間・ 年前まで 年間)・なし			

① 気になっている症状を教えてください。(複数可)

- 記憶力の低下
- 今までできていた仕事や家事ができない
- 慣れた場所で道に迷う
- 意欲の低下、活動の減少がみられる
- 気分の落ち込みがある
- 同じ行動を繰り返す
- 一般的な単語を思い出せない、理解できない
- 言葉がスムーズに話せない
- その他 ()

② 上記症状はいつ頃からありますか？

③ 認知症の診断を受けたご親族（血縁のある）はいますか？

いない・いる(族柄：)

④ 現在治療中の病気はありますか？(複数可)

特になし・高血圧・糖尿病・心臓の病気・脳梗塞・胃潰瘍・腸の病気
腎臓の病気(透析：あり・なし)・リウマチ・膠原病・結核・腹部大動脈瘤
がん(部位)・その他
()

