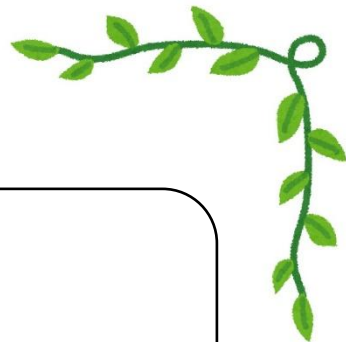


受診をスムーズに行うために…



○ 特に困っていること・心配していること

○ 希望すること

- | | |
|--|--|
| ☐ 介護保険の申請をしたい | ☐ 認知症が悪化しないようにしたい |
| ☐ 認知症の検査をしてほしい | ☐ 専門の病院を紹介してほしい |
| ☐ 今まで通り自分の家で暮らしたい | |
| ☐ その他 [|] |

○ 認知症の症状について

○ いつ頃から(気づいた時期等わかる範囲で)

○ どんな症状があるか(食事、入浴、トイレのこと等)

○ 生活状況(時間や就寝時間、何をして過ごしているか 等)

○ 健康状態

○ 既往歴(治療中もしくは過去にかかった病気、いつ頃から治療しているか)

※その他今服用している薬について(他の医療機関から処方されている薬等がわかるもの)

(例)お薬手帳、薬の明細書

