

# 【物忘れ外来 問診表】

※ご家族・施設の方へのお願い。  
受診までに記入していただきご持参ください。

患者様氏名		生年月日	S・H 年 月 日
記入者氏名		患者様との関係	
1. 困っている症状			
2. 経過			
①いつ頃から症状がありますか？			
②物忘れでかかっていた病院があれば教えてください。			
③物忘れの内容を具体的に教えてください。			
④既往歴			

※この用紙に収まらない場合については、別紙で添付してください。