

どんな点が一番お困りですか？
(もの忘れなどによって普段の生活にどのような支障がありますか?)

[]

それはいつごろからですか？

[]

何かきっかけはありましたか？

[]

生活習慣に何か変化はありましたか？(仕事・転居など)

[]

今までにかかった主な病気・ケガについてお書きください

- []歳 病名[] ()病院
[]歳 病名[] ()病院
[]歳 病名[] ()病院
[]歳 病名[] ()病院

今飲んでいる薬についてお書きください

- 具合の悪いところ[] 薬()
具合の悪いところ[] 薬()
具合の悪いところ[] 薬()
具合の悪いところ[] 薬()