

# 問 診 票

記入日 年 月 日

記入者名 (続柄: )

受診される方	フリガナ		
	氏名 様 ( 男 ・ 女 )		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳 )		
住所	(〒 - )		
電話	自宅 - -	携帯 - -	
緊急連絡先	氏名 様 ( 年齢 : 歳 ・ 続柄 : )		
住所	(〒 - )		
電話	自宅 - -	携帯 - -	

お困りのこと			
1) 受診の目的はどのようなことですか			
2) 今、お困りのことや解決したい問題はどのようなことですか			
3) 今、お困りのことや解決したい問題について、いつ頃から気になり始めましたか			
4) これまで、この問題を別の病院で相談したことがありますか ある ・ ない ある場合・・・病院名 ( ) 診療科 ( ) 受診時期 ( )			
5) 当てはまる症状に○を記入してください(複数選択可)			
症状	『ある』に○	症状	『ある』に○
(1)元気がない、意欲がない		(11)イライラする、怒りっぽい	
(2) 同じことを繰り返し聞く、言う		(12)失くし物が多い(探し物をよくする)	
(3)約束や伝言を忘れる		(13)物を盗られたと身近な人を疑う	
(4)身近な人の顔が分からない		(14)ガスや電気器具を消し忘れる	
(5)慣れた道で迷う		(15)簡単な機械の操作(電子レンジ等)が出来ない	
(6)洗面、入浴、着替え等が上手く出来ない		(16)時節に合った服装が出来ない	
(7)排泄の失敗がある		(17)家の中でトイレの位置が分からない	
(8)移動や食事等が一人で出来ない		(18)薬の飲み忘れが多い	
(9)食べられないものを食べようとする		(19)食べ物を飲み込めない	
(10)よく眠れない、あるいは眠気が強い		(20)ときどき死にたいと言う	
その他 (具体的に)			
6) <u>上記症状で最も早く改善を望む症状を番号(例(1)、(2)等)でお答えください。またその理由を教えてください。</u>			
1 番目 _____ 番 (理由: _____ )			
2 番目 _____ 番 (理由: _____ )			
3 番目 _____ 番 (理由: _____ )			

からだのこと			
1) 利き手はどちらですか ( ) 右手 ( ) 左手			
2) これまで以下の病気にかかれたことはありますか(当てはまる項目に○)			
( ) 高血圧症	歳頃	治療中(病院名: )	・ 治療していない
( ) 糖尿病	歳頃	治療中(病院名: )	・ 治療していない
( ) 高脂血症	歳頃	治療中(病院名: )	・ 治療していない
( ) 脳梗塞	歳頃	治療中(病院名: )	・ 治療していない
( ) 脳出血	歳頃	治療中(病院名: )	・ 治療していない
3) 上記以外の大きな病気やケガについてご記入ください(現在治療中のものも含める)			
いつ	病名	病院名	処方薬 コピー 有 無
歳			
歳			
歳			

日常生活について			
食事	一人で可・手伝えば可・できない	家事	一人で可・手伝えば可・できない
着替え	一人で可・手伝えば可・できない	買い物	一人で可・手伝えば可・できない
歩行	一人で可・手伝えば可・できない	金銭管理	一人で可・手伝えば可・できない
排泄	一人で可・手伝えば可・できない	公共交通機関利用	一人で可・手伝えば可・できない
入浴	一人で可・手伝えば可・できない	車の運転	一人で可・手伝えば可・できない

介護保険について			
要介護度	未申請 ・ 申請中 ・ 要支援 ( ) ・ 要介護 ( )		
利用サービス		ケアマネージャー	

その他			
最終学歴		家族構成	
職歴	歳～ 歳 歳～ 歳	※ ( ) 内に長男、長女、兄、姉等を記載してください 配偶者 : 有 ・ 無 ( 未婚 死別 離婚 )	
性格		子ども : ( )	
趣味・特技		兄弟姉妹 : ( )	
アレルギー	なし あり ( )	孫 : ( ) その他 : ( ) ※同居家族に○をしてください ※キーパーソン: 氏名	
アルコール	飲まない ・ 飲んでいた(飲酒歴: 年) ・ 機会飲酒 ・ 毎日(一日あたりの量: )		
たばこ	吸わない ・ 吸っていた(喫煙歴: 年) ・ 吸う(一日あたりの本数: 本)		

当院をお知りになったきっかけ(複数回答可)			
( ) 他の医療機関	( ) 役所	( ) 施設やケアマネージャー	( ) インターネット
( ) テレビ、ラジオ、新聞、書籍	( ) 知人	( ) 認知症疾患医療センターに関連して	
( ) その他 [ ]			