

問 診 票

記入日：西暦

年 月 日

フリガナ		生年 月日	明治 大正	年	月	日
氏名	(男・女)		昭和 平成			
住所	〒 ()					
自宅TEL		携帯TEL				
メール アドレス	@					

質問事項	回答欄	
① ここ最近一ヶ月、どこか病院を受診されましたか？	はい ・病名 { 医療機関 { ・病名 { 医療機関 { ・病名 { 医療機関 {	いいえ
② 現在治療（投薬、注射など）を受けていますか？	はい ・治療内容 { { {	いいえ
③ 今までに次の病気に かかった事 はありますか？	B型肝炎 はい {いつ頃：	いいえ 不明
	C型肝炎 はい {いつ頃：	いいえ 不明
	梅毒 はい {いつ頃：	いいえ 不明
	結核 はい {いつ頃：	いいえ 不明

④ その他に心臓病、腎臓病、肝臓病、脳卒中などの重い病気にかかったことがありますか？	はい ※以下の表にご記入下さい。		いいえ
病名	病院名	いつ頃	手術の有無
			有 無
			有 無
			有 無
			有 無
			有 無
⑤ 治療中に気分が悪くなったことがありますか？	はい {詳しく: }		いいえ
⑥ アレルギーはありますか？	はい ・薬品名 { ・食品名 { ・その他 {		いいえ
⑦ たばこは吸われますか？	はい ・(本数 本/日)	以前吸っていた (今は吸っていない)	吸わない
⑧ お酒は飲まれますか？	はい ・頻度(毎日飲む/時々飲む/分からない) ・(種類: 量: /日)		飲まない

認知症症状についての問診 1

記入者氏名： _____ 続柄（ _____ ）

電話番号： _____（ _____ ）

① 現在、認められる症状の番号に○をしてください。

- 1) 同じことを何度も言ったり、聞いたりする。
- 2) 物の名前が出てこなくなった。
- 3) 置き忘れやしまい忘れが目立つようになった。
- 4) 計算の間違いが多くなった。
- 5) 複雑なテレビドラマが理解できなくなった。
- 6) 目を離すと家を出て行く。（外を徘徊する）
- 7) 車などの危険を避けられない。最近、事故が多くなった。
- 8) 人物や場所などの見当はずれ。（自宅にいるのに「家に帰る」と言う。）
- 9) 慣れているところで道に迷うようになった。
- 10) 「ものを盗まれた」「毒を盛られた」など事実でない考えを訴える。
- 11) ぶつぶつ独り言を言う。
- 12) 水道蛇口の閉め忘れ、火の不始末が多い。
- 13) ごそごそと動き回ったり、興奮して攻撃的になる。
- 14) 大声で叫んだり、暴力をふるう。
- 15) 衣服・シーツなどを破る
- 16) 何度も食事を要求する。
- 17) 食事量が極端に減った。
- 18) トイレに行く途中で失禁することがある。
- 19) トイレ以外の場所で排泄してしまう。
- 20) 夜、眠れない。
- 21) 昼間寝てばかりいる。
- 22) 夕方からソワソワする。
- 23) 思い悩んでゆううつそうにしている。
- 24) 気分が変わりやすい。
- 25) 以前はあった関心や興味が失われ、家の中にいることが多くなった。
- 26) 日課をしなくなった。
- 27) 自己中心的な訴えが多い。
- 28) だらしなくなった。
- 29) 些細なことで怒りっぽくなった。
- 30) 性格が変わった。

認知症症状についての問診 3

⑥受診をどういう形で決められましたか？

- 1) 本人の希望
- 2) 家族（同居）の希望
- 3) 家族（同居していない）の希望
- 4) 近所の人のお勧め
- 5) ケアマネージャーのお勧め
- 6) その他の介護職（ヘルパー、相談員、施設職員など）のお勧め
- 7) かかりつけ医のお勧め
- 8) その他の医師のお勧め
- 9) 役所の窓口のお勧め
- 10) 保健師のお勧め
- 11) その他（)

⑦今回の受診で希望されることは何ですか？

- 1) 医学的な診断をしてほしい
- 2) 治療をしてほしい
- 3) 当院の重度認知症デイケア（たんぽぽ園）に通わせたい
- 4) 入院
- 5) 対応の仕方を教えてほしい
- 6) 介護保険の申請をしたい
- 7) 介護サービスの利用をしたい
- 8) 介護施設の入所をしたい
- 9) 成年後見人の鑑定
- 10) 書類を書いてほしい
- 11) その他（)

生活や習慣についての問診票

記入日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名： _____

記載者氏名： _____ 患者様との続柄： _____

診察を行う上で必要な情報となりますので、差し支えの無い範囲で構いませんのでお答え下さい。

- 出身地はどちらですか？（ _____ 県 _____ 市）
- ご本人は何人兄弟の第何子ですか？（ _____ 人兄弟の、第 _____ 子）
- 最終学歴はどちらでしたか？（ _____ 卒）
- これまでに職業は何をされてきましたか？また、最後にされていた仕事を何歳頃までされていたか、教えてください。
（ _____ ）
- 結婚について
現在、結婚をされていますか？
 はい（結婚し配偶者も健在である / 死別した / 離婚した）
 結婚歴は無い
- 結婚歴（ _____ 回）
- 子供は何人おられますか？（ _____ 人）
- ご本人がされていた趣味活動について教えてください。
（ _____ ）

（次ページに続く）

• 性格傾向について
ご本人の元々の性格は？（ ）

性格に変化はありますか？
 はい（どの様に変更されましたか？： ）
 いいえ

• その他
これまでご本人に精神科や心療内科の受診歴がありますか？
 はい
（どちらの病院で、いつ頃ですか？ ）
 いいえ

ご親族の中に精神科受診歴のある方がおられましたら、差し支えの無い範囲
でお教え下さい。
（ ）

ご協力ありがとうございました。

医療法人 仁保病院