

# 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： )		
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		家族図 ※相談員が記入致します	
職歴	歳～ 歳 歳～ 歳		
性格			
趣味・特技			
アレルギー	なし あり ( )		
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 [	]		