

<問診票記入のお願い>

和光病院では、外来初診時にスムーズな診察を行うため、事前の問診票の記入をお願いしております。

記入につきましては、ご本人あるいはご本人の様子がよくお分かりになる方がご記入ください。

不明な項目は、空白のままでも結構ですので、外来初診の当日に受付へ提出をお願い致します。

<初診時のお持ち物> *お持ちのものだけで結構です

- 健康保険証
- 老人医療証
- 介護保険証
- かかりつけ医からの診療情報提供書
- お薬手帳
- 問診票

様 の 外 来 初 診 日			
平成	年	月	日 ()
		時	分 から

診療時刻の10分前にはお越しください

なお、ご不明な点がございましたら医療福祉相談室まで、お電話にてご連絡ください。

和光病院 医療福祉相談室
TEL:048-450-3311(代表)
FAX:048-466-0811

問 診 票

記入者名

(続柄) 同居 別居

受診される方	フリガナ	利き手 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)
	様 (歳)	男性 女性
緊急連絡先	フリガナ	電話番号
	様 (続柄)	

記入量が多く大変かと思いますが、当てはまるものに☑をつけていただくものがほとんどです。全ての項目の記入をお願いします。

1) 受診の目的はどのようなことですか

認知症の診断 症状の治療 薬の相談 介護の相談 入院相談 書類の作成
メモリーワーク その他 ()

2) 当院をお知りになったきっかけは何ですか

他の医療機関からの紹介 (病院名 診療科)
ケアマネジャー 地域包括支援センター 介護施設 テレビ・新聞・ラジオ・書籍
ホームページ 知人 その他 ()

3) 当てはまる状態に☑をつけてください

受診される方	いつ頃から	家族の気持ち (記入者が家族の場合は下記も☑)
<input type="checkbox"/> 物忘れがひどい		<input type="checkbox"/> 私にばかり当たられて辛い
<input type="checkbox"/> 理解力が衰えた		<input type="checkbox"/> つい声を荒げてしまう
<input type="checkbox"/> 場所・時間が分からない		<input type="checkbox"/> どう接していいか分からない
<input type="checkbox"/> 人柄が変わった		<input type="checkbox"/> 相談できる人がいない
<input type="checkbox"/> 不安感が強い		<input type="checkbox"/> 社会とのつながりが減った
<input type="checkbox"/> 意欲がなくなった		<input type="checkbox"/> 夜眠れない

4) 上記以外に気になることはありますか 具体的にご記入ください

5) いつ頃から変化に気づきましたか その内容を教えて下さい

時期：平成 年 月頃
 内容：

6) その頃、何かきっかけと思われること (環境の変化) はありましたか

なかった あった (下記に☑)
引っ越し 同居 別居 施設入所 入院 (病名：)
身近な人の死 (配偶者 きょうだい 子 親 親戚 友人 その他：)
退職 けがや病気 その他 ()

7) これまで、認知症関連の問題を別の病院で相談をしたことはありますか

ない ある (下記ご記入ください)

時期	平成 年 月頃	病院名	
検査内容		診断名	
薬の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 薬剤名 ()	通院	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院していない (理由)

8) ご親族の中で、認知症の方、あるいは精神科を受診されていた方はいますか			
認知症の方	: <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (続柄:	病名:)
精神科を受診されていた方	: <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (続柄:	病名:)
9) これまでにかかったご病気についてお尋ねします			
病名	年齢	薬	病院名
<input type="checkbox"/> 高血圧	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 高脂血症	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 気管支喘息	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 不整脈	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
10) 上記以外の病気・けが・手術・入院についてお尋ねします			
病名	年齢	薬	病院名
	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
11) これまでの生活について教えてください			
生まれた場所			
きょうだい	人中	番目 (亡くなった方を含む)	
最終学歴	() を <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退		
職歴	主な仕事	歳～	歳 (内容:)
	最後の仕事	歳～	歳 (内容:)
結婚歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (結婚 歳 / 離婚 歳 / 再婚 歳 / 死別 歳)		
子ども (亡くなった方含む)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※上から性別 (生年) を記入【例: 男 (S30)・女 (S31)・女 (S33)】		
元々の性格傾向			
趣味・特技			
12) 現在の生活について教えてください			
同居家族	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※上から続柄 (生年) を記入【例: 妻 (S8)・長男 (S30)・長男嫁 (S33)】		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良く寝ている (時間) <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 昼夜逆転		
食事	<input type="checkbox"/> 良く食べている <input type="checkbox"/> ムラがある <input type="checkbox"/> 拒否がある		
アルコール	<input type="checkbox"/> 飲む → <input type="checkbox"/> 毎日 (量:) <input type="checkbox"/> 機会があれば <input type="checkbox"/> 飲まない → <input type="checkbox"/> () 歳頃やめた <input type="checkbox"/> 元々飲まない		
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う → <input type="checkbox"/> 毎日 (量:) <input type="checkbox"/> 機会があれば <input type="checkbox"/> 吸わない → <input type="checkbox"/> () 歳頃やめた <input type="checkbox"/> 元々吸わない		
薬アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (薬品名: 時期: 症状:)		
食品アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (食品名:)		
車の運転	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> やめた (時期:) <input type="checkbox"/> 元々しない		
介護保険利用状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)		
利用中のサービス			
最後までご記入いただき、ありがとうございました。診察日にご持参ください。			