

### 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 )

ケアマネージャー 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： 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	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	通院	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院していない (理由 )
	薬剤名 ( )		

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	診断された年齢	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"/> 脂質異常症 (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	診断された年齢	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。			