医療法人社団翠会　和光病院

記入日　令和　　年　　月　　日

問　診　票

記入者名　　（続柄　　）□同居　□別居

受診される方	フリガナ	男性　女性
	様（　　歳）	

お電話にて詳しくお話いただき、ありがとうございました。
お手数ですが、問診票のご記入もお願いいたします。

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）電話でお聞きした症状の他に気になることはありますか　具体的にご記入ください

3）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　　：□いない　□いる（続柄：　　病名：　　）
精神科を受診されていた方：□いない　□いる（続柄：　　病名：　　）

4）これまでにかかったご病気について、電話でお聞きした他に追加がありましたらご記入ください

病名	診断された年齢	薬	病院名
	歳	□あり　□なし	
	歳	□あり　□なし	
	歳	□あり　□なし	
	歳	□あり　□なし	
	歳	□あり　□なし	

5）これまでの生活について教えて下さい

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　□卒業　□中退
職歴	主な仕事　　歳～　　歳（内容：　　） 最後の仕事　　歳～　　歳（内容：　　）
結婚歴	□なし　□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）	□なし　□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	
薬アレルギー	□なし　□不明　□あり（薬品名：　　時期：　　症状：　　）
食品アレルギー	□なし　□不明　□あり（食品名：　　）

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。