記入日 年 月 日

下記のあっ	てはまるところに記入	、または図をつけてください
1 1112202		

下記のあてはまるところに記入、	<u>または図をつけてくだ</u>	さい		_		
ふりがな		生年 月	引日			
受診される	大正・昭	大 正·昭 和·平 成				
ご本人のお名前		月	日	(歳)	
ふりがな						
記入者のお名前	住所 住所					
ご本人との関係	電話					
1. 特に気になっている症状をおしえてください						
2. その症状は、いつ頃からみん	られるようになりました	か?	年		月頃	
□変わらずつづいている□症状が強いときと、調子がいい時の差が大きい4. あてはまるすべての項目に☑チェックしてください (いくつでも大丈夫です)□同じことを何度も言う・聞くまたは、同じことを何度も繰り返す事が多くなった						
□しまい忘れや置き忘れが増え			/\a J/C			
□財布・通帳などものが盗まれた	こと言うことがある					
□今日が何月、何日かわからないことがある						
□料理・運転・計算などのミスが多くなった						
□薬の飲み間違いや飲み忘れが多くなった						
□過去に道に迷ったことがある						
□身だしなみを気にしなくなった						
□何をするものおっくうになり、外出を嫌がるようになった						
□趣味や好きなテレビに興味を示さなくなった・やらなくなった						
□怒りっぽくなった						
□非常識な行動を平気にする						
□一般的な単語を思い出せな	い、理解できない					

□手足の麻痺(力が十分に入らない)がある

□言葉スムーズに話せない

問診票

□すくみ足(一歩が出しにくい、小刻みに歩くなど) □手の震えがある □幻覚(ないものが見える、聞こえる)がある □妄想(事実ではないことを思い込む)がある □睡眠に大声を出したりおかしな行動をとったりする □立ちくらみや失神がよくおこる □トイレを失敗することが増えた □「頭がおかしくなった」と本人から言ってくる						
5. 今回の診察で1番に希望されることをご記入ください						
□認知症になっていないか判断してほしい						
□活気や元気を出してほしい						
□落ち着いてほしい、眠れるようになってほしい □介護や介助する負担を減らしたい						
□介護サービスなどについてアドバイスが欲しい						
□その他						
6. これまでに頭の検査 (MRI検査など) を受けたことがありますか? (はい・いいえ)						
受けた医療機関() (年 月)頃						
7. 現在治療中の病気をすべておしえてください □ 高血圧 □ 高脂血症 □ 糖尿病 □ 心不全 □ 不整脈 □ 喘息 □ 肝機能障害 □ うつ病 □甲状腺の病気 □パーキンソン病 □ その他						
8. 上記以外に、これまでかかったことのある病気をすべておしえてください 高血圧 高血圧 喘息 肝機能障害 うつ病 甲状腺の病気 パーキンソン病 その他 						
9. ご本人の利き手は (右利き ・ 左利き ・ 両方同じぐらい使う)						
10. 運転ついて教えてください□運転はしていない □運転を継続中 □運転免許を返納した(年 月) 頃						

問 診 票

11. 最終学歴を教えてください						
□ 小学校 □ 中学校 □ 高等学校 □ 専門学校 □ 大学 □ 大学院						
12. ご本人の職歴をおしえてください						
13. 生活習慣について教えてください						
<睡眠時間> () 時頃 就寝 ~ () 時頃 起床 □途中で目が覚める						
<飲酒> □しない □年に数回 □月に数回 □週1,2回 □週4回以上 □毎日 1回の量:ビール、日本酒、ウィスキー、泡盛を()〈らい 例.泡盛を水割り3杯						
<喫煙> □しない □する <u>喫煙量:1日に 本<らい</u>						
14. ご家族について教えてくださいご本人の兄弟(姉妹)()人 のうち()番目□既婚 □未婚 □離婚 □死別 子ども □いる ()人 □いない						
15. どなと同居されていますか?						
16.認知症の診断を受けたご親族はいますか?						
□いない □いる(続柄:						
17. 認知症以外の精神疾患の診断を受けたことのあるご親族はいますか?□ いない □ いる (続柄:)18. 上記以外に、医師にお伝えすることがあればご記入ください						
10. The strict difficult of accident traces and traces.						

問診票

19. <日常生活動作等>	<日常生活関連動作>
歩 行:自立 一部介助 全介助	調 理:自立 一部介助 全介助
転倒歴:有無(年月)頃	洗濯:自立 一部介助 全介助
食事:自立 一部介助 全介助	買物:自立 一部介助 全介助
入 浴:自立 一部介助 全介助	掃除:自立 一部介助 全介助
着脱:自立 一部介助 全介助	金銭 管理:自立 一部介助 全介助
整 容:自立 一部介助 全介助	服薬 管理:自立 一部介助 全介助
視力:良好 不良 メガネ 有・無	電話:可能不可
聴力:良好不良補聴器有・無	
□現在通われている病院: □ない □ある □介護保険 □未申請 □申請中 □要介護 □担当ケアマネジャー 担当者名() □利用中の介護サービス(デイサービスなど) □難病 □ なし □ あり (病名: □障害手帳 □ なし □ あり (1.2.3.4.5 要支援1.2 □非該当