

問 診 票

記入日 年 月 日

下記のあてはまるところに記入、または☑をつけてください

ふりがな		生年月日	
受診される ご本人のお名前		大正・昭和・平成	
		年 月 日	(歳)
ふりがな		住 所	
記入者のお名前			
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、いつ頃からみられるようになりましたか？ 年 月頃

3. どのように経過していますか？

- だんだん目立つようになってきている
- 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、探し物をしている事が多くなった
- 財布・通帳などものが盗まれたと言うことがある
- 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
- 何をや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
- 言葉スムーズに話せない
- 手足の麻痺 (力が十分に入らない) がある

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、ウイスキー、泡盛を () くらい 例. 泡盛を水割り3杯

<喫煙> しない する 喫煙量: 1日に 本くらい

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

問 診 票

19. <日常生活動作等>

歩 行 : 自立 一部介助 全介助
転倒歴 : 有 無 (年 月) 頃
食 事 : 自立 一部介助 全介助
入 浴 : 自立 一部介助 全介助
着 脱 : 自立 一部介助 全介助
整 容 : 自立 一部介助 全介助
視 力 : 良好 不良 ヂガネ 有・無
聴 力 : 良好 不良 補聴器 有・無

<日常生活関連動作>

調 理 : 自立 一部介助 全介助
洗 濯 : 自立 一部介助 全介助
買 物 : 自立 一部介助 全介助
掃 除 : 自立 一部介助 全介助
金 銭 管 理 : 自立 一部介助 全介助
服 薬 管 理 : 自立 一部介助 全介助
電 話 : 可能 不可

- 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 1・2・3・4・5 要支援1・2 非該当
担当ケアマネジャー
担当者名 () 連絡先 ()
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 ()

備 考