

問診票(1)

ふりがな	
〈記入される方〉氏名	様 (ご関係)

ふりがな				
〈受診される方〉氏名	(男・女)			
生年月日(明治・大正・昭和)	年	月	日	(歳)
住所	〒			
電話番号 (自宅)	(携帯)			
〈家族構成〉				
<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(人数: 人)				
◎同居の家族構成:上から続柄(年齢)を記入【記入例:妻(80)・長男(55)・長男嫁(50)】				
◎同居していない家族【ご自身の子供:次男(52)長女(50)】				

〈連絡先①〉※ご本人以外で連絡がとれる方の連絡先をご記入ください	
ふりがな	
氏名	患者様とのご関係()
住所	〒 (同居の場合は同上)
電話番号 (自宅)	(携帯)

〈連絡先②〉	
ふりがな	
氏名	患者様とのご関係()
電話番号(自宅)	(携帯)

問 診 票(2)

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
 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(担当者名:) 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) 現在お困りの症状についてご記入下さい

4) お困りの症状が気になり始めたのはいつ頃ですか

時期: 平成 令和 年 月 頃から

5) その頃、何かきっかけと思われること(環境の変化等)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
 その他の人()
 退職 けがや病気 その他()

6) 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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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"/> 未通院(理由)

7) ご家族の中で認知症の方あるいは精神科を受診された方はいますか

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:)

8) 現在治療中または以前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	通院中
<input type="checkbox"/> 高血圧	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<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"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 白内障	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 緑内障	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 結核	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

9) 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	通院中
	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
10) これまでの生活、趣味・嗜好について教えてください				
出身地	() 県 ()			
最終学歴	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 短期大学・専門学校 <input type="checkbox"/> 大学 を <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退			
職業	主な仕事 歳～ 歳 (内容:) 最後の仕事 歳～ 歳 (内容:)			
きょうだい	人中 番目(亡くなった方を含む)			
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)			
子供 (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)】			
もともとの性格傾向				
趣味・特技				
11) 現在の生活について教えてください				
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:)			
<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイクの運転	<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"/> 非該当 <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				
身長・体重	身長 cm 体重 kg			
利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両利き			
妊娠中または授乳中	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
1 年以内に特定健診または高齢者健診を受診されましたか? <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
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。				

ご本人の日々の生活の様子から、当てはまるものに○を付けてください。

	しっかりしていて、一人暮らしをするに、手助けはほぼ不要
	買い物に行けば、必要なものを必要なだけ買える(買いすぎ、買い忘れがない)
	薬を自分で管理して飲む能力が保たれている
	この1週間から数か月の間に症状が急に進んでいる
	お金など大切なものが見つからないと、盗られたと言う
	最初の症状は物忘れだ
	物忘れが主な症状だ
	置き忘れやしまい忘れが目立つ
	日時が分からなくなった
	できないことに言い訳をする
	他人の前では取りつくろう
	頭がはっきりしているときと、そうでない時の差が激しい
	実際には居ない人や動物や物が見える
	見たものに対して、話しかける・追い払うなど反応する
	誰かが家の中に居ると言う
	介護者など身近な人を別人と間違える
	小股で歩く
	睡眠中に大声や異常な行動をとる
	失神(短時間気を失う)や立ちくらみがある
	便秘がある
	動作が緩慢になった
	悲観的である
	やる気がない
	しゃべるのが遅く、言葉が不明瞭
	手足に麻痺がある
	飲み込みにくく、むせることがある
	感情がもろくなった(涙もろい)
	思考が鈍く、返答が遅い
	最近嗜好の変化があり、甘いものが好きになった
	以前よりも怒りっぽくなった
	同じ経路でぐるぐると歩きまわることがある
	我慢できず、些細なことで激高する
	些細なことで、いきなり怒り出す
	こだわりがある、または、まとめ買いをする
	決まった時間に決まったことをしないと気が済まない
	コロコロと気が変わりやすい
	店からものを持ち去る(万引き)などの反社会的行動がある
	じっとしてられない
	尿失禁がある
	ボーッとしている
	すり足で歩く
	言葉が減った
	ものの名前が出ない

認知症初期症状 11 質問票

※同居の方など、患者様の生活状況をよく知っている方がご記入下さい

記入日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様氏名 _____

記入者氏名 _____ 患者様との関係 _____

最近 1 か月の状態について、日々の生活の様子から判断して、当てはまるものに○を付けてください(ただし、原因が痛みなど身体にあるものは除きます)

	同じことを何回も話したり、尋ねたりする
	出来事の前後関係がわからなくなった
	服装など身の回りに無頓着になった
	水道栓やドアを閉め忘れてたり、後かたづけがきちんとできなくなった
	同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
	薬を管理してきちんと内服することができなくなった
	以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった
	計画を立てられなくなった
	複雑な話を理解できない
	興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
	前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった
	認知症初期症状 11 質問票 合計項目数

次の2項目も、あてはまるものに○をつけてください。

	被害妄想(お金を取られる)がありますか
	幻視(ないものが見える)がありますか

質問票

記入日：令和 年 月 日

患者様氏名

最近ご自身の1か月の状態について、あてはまるものに○を付けてください。

(ただし、原因が痛みなど身体にあるものは除きます。)

	同じことを何回も話したり、尋ねたりする
	出来事の前後関係がわからなくなった
	服装など身の回りに無頓着になった
	水道栓やドアを閉め忘れて、後かたづけがきちんとできなくなった
	同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
	薬を管理してきちんと内服することができなくなった
	以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった
	計画を立てられなくなった
	複雑な話を理解できない
	興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
	前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった
	合計項目数

物忘れ外来受診の患者様・ご家族へのお願い

現在、医療機関へ入院中（外出・外泊中含む）の方、または老人保健施設へ入所中（ショートステイ、外出・外泊中含む）の方は、制度上の理由により、他の医療機関への受診を制限されることがあります。

当院の物忘れ外来受診の前に、入院・入所中の施設の了承を得て当院へお越しく下さい。また、診察の前にその旨を受付までお申し出下さい。

医療法人ピーアイエーナカムラ病院