

問診表

フリガナ		性別	生年月日		
お名前		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
ご住所	〒	身長	cm	利き手	右・左
		体重	kg	職業/学年	
電話番号	(自宅)	緊急 連絡先	(電話番号)		
	(携帯)		(お名前) (続柄:) ※ ご本人につながらない場合等に、ご連絡させていただきます		

1. お困りの症状をすべて教えてください

<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 顔面麻痺	<input type="checkbox"/> まぶたの痙攣
<input type="checkbox"/> もの忘れ	<input type="checkbox"/> 手足・顔の震え	<input type="checkbox"/> 手・足のしびれ	<input type="checkbox"/> しゃべりづらい	<input type="checkbox"/> 転びやすい	<input type="checkbox"/> 歩行障害
<input type="checkbox"/> 脚のむずむず	<input type="checkbox"/> 力が入りにくい	<input type="checkbox"/> 頭をぶつけた	<input type="checkbox"/> その他症状 ()		

2. その症状はいつごろからですか？

今回が初めて () 頃から 他院で治療中 (他院の診断名:)

3. 今までに指摘された病気はありますか？

特になし

<input type="checkbox"/> 脳疾患 ()	<input type="checkbox"/> 心疾患 ()	<input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 喘息・小児喘息
<input type="checkbox"/> 肝臓疾患 ()	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 緑内障
<input type="checkbox"/> 精神疾患 ()	<input type="checkbox"/> 無呼吸症候群	<input type="checkbox"/> その他 ()	

4. 現在までに手術歴はありますか？

なし あり ()

5. 現在、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり () お薬手帳持参

6. 現在まで「アレルギー」や「副作用の出たお薬」はありますか？

なし あり ()

7. 生活習慣について

たばこ : 吸わない 1日 本 (年前から) 吸っていた (歳まで 本)

お酒 : 飲まない 飲む (毎日) 週に数回 付き合い程度

8. 女性の方は該当する項目に をしてください。

① ピルの内服 なし あり ()

② 妊娠の可能性なし 妊娠の可能性あり 妊娠中 (ヶ月) 授乳中

9. 介護に関する質問です。該当する場合、お答えください。(当てはまる箇所に と ○ を記入してください)

①介護認定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請予定	<input type="checkbox"/> 要支援 (I・II)	<input type="checkbox"/> 要介護 (I・II・III・IV・V)
②歩行状態	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> 歩行介助	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車いす (常時・外出時のみ)
③デイサービス利用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 週に 回 (施設名:)		
④施設入所	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (施設名:)		

もの忘れ外来 問診票

ご本人名：

記入者： ご本人 ・ その他（

続柄

）

● 生活環境について教えてください

・ 家族構成

なし ・ 父 ・ 母 ・ 夫 ・ 妻 ・ 息子（ 人） ・ 娘（ 人） ・ 孫 ・ その他〔 〕

・ どなたと暮らしていますか？

独居 ・ 夫婦 ・ 両親 ・ 二世帯〔 〕 ・ 施設入所 ・ その他〔 〕

・ 同居していないご家族はいますか？

〔 ① 〕（札幌市内： / その他： ）

〔 ② 〕（札幌市内： / その他： ）

● 以下の質問にお答えください

1. 人や物の名前を時々、思い出せない
2. 同じことを何度も言う、聞いてくる
3. とんちんかんな話や行動がみられる
4. 最近怒りっぽい、些細なことですぐ怒る
5. 家で何もせず、ジッとしていることが多くなった
6. 外出したがらず、人との付き合いを避ける
7. 外出すると迷子になる
8. 趣味や好きなことをしなくなった
9. 食事をしたことを忘れ、食べていないと言う
10. 物を盗まれた、誰かにとられたと言う
11. いない人、動物が見えると言う
12. ガスの消し忘れなど、火の不始末がある
13. 夜になると落ち着かない、大声を上げる
14. 昼間うとうとし、夜寝ない
15. おもらしがある
16. シャツやズボンをきちんと着ることができない
17. 買い物などでお金の計算ができない
18. その他（自由記載）