

# 問診票

|      |                             |
|------|-----------------------------|
| 氏名   | 生年月日 M T S H 年 月 日生<br>( 歳) |
| 住所   | TEL                         |
| 相談者※ | 携帯電話                        |

※はクリニックで記載

患者様への理解を深め、治療や生活援助の資料とさせていただくための問診票です。  
したがって患者様をよくご存知のご家族様に記載いただくことを原則としております。  
わかる範囲で結構ですので、記述式とでご回答ください。

記入年月日: \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

患者氏名: \_\_\_\_\_

陳述者名: \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_ )

TEL \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

<生活歴>

●家族関係図

ア出身地

\_\_\_\_\_

イご本人様は兄弟姉妹のなかの何番目ですか?

\_\_\_\_\_人兄弟(姉妹)の \_\_\_\_\_番目

ご存命の方はどなたですか?

\_\_\_\_\_

ウ教育歴(最終学歴)

\_\_\_\_\_ (卒業年齢: \_\_\_\_\_ 歳)

エ戦争体験

あり なし

「あり」の場合、疎開されましたか?

あり (疎開地: ) なし

・戦争に従軍されましたか?

はい (戦地: ) いいえ

カ職業歴

\_\_\_\_\_ ( 歳～ 歳)

\_\_\_\_\_ ( 歳～ 歳)

最後のお仕事は何歳までされていましてか? \_\_\_\_\_歳

カ結婚年齢

\_\_\_\_\_歳

子供さんの年齢と居住地

(続柄: 歳 居住地 )、(続柄: 歳 居住地 )

(続柄: 歳 居住地 )、(続柄: 歳 居住地 )

キ現在の同居家族構成と年齢

\_\_\_\_\_

ク転居されたことはありますか?

はい いいえ

・「はい」の場合、何歳のとき、どこに転居されましたか?

\_\_\_\_\_

ケ最近何か大きな出来事がありましたか? (複数回答可)

けが 病気 手術 入院 親しい人の死 身内の結婚 住宅購入

チェック項目があれば、具体的にお書き下さい

\_\_\_\_\_

<性格・趣味など>

コ元来の性格

几帳面 生真面目 頑固 マイペース 大雑把 凝り性 勝気

内向的 社交的 怒りっぽい 融通が利かない その他

( )

サ最近の対人交流

あり なし

シ趣味・習い事

\_\_\_\_\_

ス習慣 ※最近習慣が中断した場合は、その時期もお知らせください

散歩 家計簿 日記 買物 その他

( )

セタバコ

吸う \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 本/日  吸わない

ソ飲酒

飲む \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ /日ていど  飲まない

「 飲む」の場合、どのような飲み方ですか？

夜のみ  朝から  四六時中  イベント（お正月・飲み会）時のみ

タギャンブル

競馬  競艇  競輪  パチンコ  その他（ \_\_\_\_\_ ）

<お身体のこと>

チ今までにかかった身体の病気（以前診断されたことがある病気を記入してください）

脳梗塞  高血圧症

---

ツ現在治療中の病気

高血圧症  糖尿病

---

<受診目的の症状について>

テご家族が変化に気づいたのは、いつ頃ですか？

---

なにをきっかけに変化に気づきましたか？（複数回答可）

● 認知症の初期からよくみられる症状

顕著なもの忘れ  同じ話を繰り返す  約束事を忘れる  大切なものの紛失  
 意欲の低下  道迷い  不適切な言動（ \_\_\_\_\_ ）  その他（ \_\_\_\_\_ ）

● 認知症以外の病気でもしばしばみられる症状

怒りっぽい  被害妄想による言動  幻視（幻が見える）  不眠、昼夜逆転  
 幻聴幻（幻が聴こえる 独り言がめだつ）  その他（ \_\_\_\_\_ ）

具体的に：

どなたが気づかれましたか？

---

ト最初に診断を受けたのはどこですか？

診断あり \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月に \_\_\_\_\_ 病院で \_\_\_\_\_ と診断  診断なし



・トイレの場所はおわかりですか?

わかる ときどき迷うことがある

・失敗することがありますか?

ある ときどき失敗する ない

・「ある」や「ときどき失敗する」の場合、以下の介護用品を利用していますか?

綿パンツ 尿取りパット リハビリパンツ オムツ

フ食事:おはしやスプーンを使って食事できていますか?

ひとりで食べる 見守りで食べる 声かけで食べることができる

少し介助が必要 全て介助が必要

へ整容:できるものにしてください

歯磨き 洗顔 爪切り 整髪 化粧

ホ睡眠

よく眠れている トイレに起きるが眠れている 夜と日中が逆転している

明け方によく夢をみる、寝言を言うことがある 全く眠れない

<社会制度・サービスの利用について>

マ要介護度

\_\_\_\_\_有効期限\_\_\_\_\_～\_\_\_\_\_まで

ミ手帳

精神障害者保健福祉手帳 身体障害者手帳 療育手帳

ム年金

老齢年金 厚生年金 国民年金 障害年金 遺族年金

メ社会資源の利用

デイサービス ショートステイ ヘルパー 訪問看護 その他 ( )

モケアマネージャー

いる (事業所名: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_) いない

ヤ成年後見人はいますか?

いる (氏名: \_\_\_\_\_) いない 今後申し立てを考えている

<その他、医師に伝えたいことがあれば、記入してください>

---

---

---

ご協力ありがとうございました

おおにクリニック TEL 072-668-1421 FAX 072-668-1423