医）唐虹会　虹と海のホスピタル

**問診票**

**初診：もの忘れ/高齢者**

ふりがな

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 性別：　男　・　女　　／記載日：　　　年　　　月　　　日

生年月日：　T・　S　・　H　・　R　　　　　年　　　月　　　日（　　　　歳）

同伴者：氏名　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）

記入者：氏名　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）

この問診表は、ご本人の状況をしっかりと把握し、診療に役立てるため、大変重要な情報となります。

そのため、項目が多くなっております。お手数をおかけしますが、ご協力をお願いします。覚えていない、

わからない場合は、その旨を記入欄にご記入下さい。なお、当院は個人情報保護法を遵守しております。

**○　相談内容（何についてお困りですか、ご相談したい内容は何ですか）**

（不眠、気分の落ち込み、もの忘れ、など）

**○　上記ご相談内容について具体的にご記入下さい。**

（いつ頃から、何がきっかけで、どのような症状があった・続いている等）

○　当院にどのようなことを希望されますか（複数回答可）

　　□診断　　□検査　　□対応方法について　　□今後について　　□その他（　　　　　　　　）

**○　今までに心療内科・精神科で治療を受けたことがありますか？**

□　いいえ　　□　はい

**【通院歴】**治療された順にご記入下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間 | 医療機関名 | 診断名 |
| 年　　月（　　　）歳　～　　年　　月（　　　）歳 |  |  |
| 年　　月（　　　）歳　～　　年　　月（　　　）歳 |  |  |

**【入院歴】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間 | 医療機関名 | 診断名 |
| 年　　月（　　　）歳　～　　年　　月（　　　）歳 |  |  |
| 年　　月（　　　）歳　～　　年　　月（　　　）歳 |  |  |

**○　現在治療中の病気はありますか？**

□　いいえ　　□　はい

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当するものに〇 | 病　名 | 医療機関 |
|  | 高血圧 |  |
|  | 糖尿病 |  |
|  | 高脂血症 |  |
|  | 不整脈 |  |
|  | 心不全 |  |
|  | 肝機能障害 |  |
|  | パーキンソン病 |  |
|  | 脳梗塞 |  |
|  | 喘息 |  |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

**○　過去に定期的な通院または入院が必要な大きな病気や怪我、手術をされたことはありますか？**

　□　いいえ　　□　はい

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| いつ頃 | 医療機関名 | 病名 | 治療内容（外来、入院、手術） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**○　アレルギー**

　　・食品　　□ない　□ある（　　　　　　　　　　　　　　　　）

・薬品　　□ない　□ある（　　　　　　　　　　　　　　　　）

・その他　□ない　□ある（　　　　　　　　　　　　　　　　）

**＜現在の様子について＞　当てはまる項目にチェック（☑）してください。**

**○歩行　当てはまるものにチェックをしてください。**

　□問題ない　　　□杖での歩行ができる　　　□手すり等つたい歩きができる

　□歩行器や手押し車などの支えがいる　　　　□手引き歩行など介助が必要

　□車椅子利用　　□座ることもできない

**○入浴　当てはまるものにチェックをして下さい。**

　□問題ない　　　□転倒等のリスクがあり見守りが必要

　□ほぼ自立しているが、洗髪等一部介助が必要　　□全般的な介助が必要

**○食事　当てはまるものにチェックをしてください。**

　□問題なし　　　□食事を用意すれば自分で食べることができる　　□食べこぼしがある

　□介助を要する　□食べ物を細かく刻んだり、柔らかく調理する必要がある

　□口から食べることができない（　胃瘻　・　経鼻　）

**○排泄　当てはまるものにチェックをして下さい**

　□問題ない　　　□トイレで排泄できるが、パンツを汚したり、後始末が不十分

　□時々失禁してまう　　　□ポータブルトイレや尿瓶を使用している

　□尿意や便意があるが失禁してしまうことがあり、オムツを着用している

　□尿意や便意はなく、常時オムツを着用している

**○　睡眠の問題**□ある　□ない

就床時間（　　　：　　　）、起床時間（　　　：　　　）

□寝つきが悪い　□夜中に目が覚める　□朝起きられない　□寝すぎる

□昼夜逆転　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**○　睡眠薬の使用歴**□ない　　□ある（薬剤名：　　　　　　　　　　いつから：　　　　　　　）

**○　食欲**□ある　□ない　□ムラがある

**○　体重変動**　□ある　□ない

　　　　　　　　ある・・・（　　　年　　　月頃から　　　　　ｋｇ　　減　・　増　）

**○　飲酒習慣**

□飲まない

□飲んでいる　□飲んでいた

（種類：　ビール　・　日本酒　・　焼酎　・　ウィスキー　・その他：　　　　　　　　）

　　　　　歳～　　　　歳まで　　1日　　　　　　㎖　・　合　　週　・　月　　　　日程度

□**○　喫煙習慣**

　　□ない　　□ある（　　　本／日）　□今はやめている（　　　歳から）

**○　ご家族構成および家系図についてご記入ください**

兄弟姉妹・・・本人含め（　　　　）人中、上から（　　　　　）番目

　　婚姻歴　□ない　□あり（　　　歳時

離婚歴　□ない　□あり（　　　歳時）　／　○　再婚歴　□ない　□あり（　　　歳時）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 名前 | 年齢 | 職業 | 同居家族に○ | 居住地 |
| 例）長男 | 和夫 | 45歳 | 会社員 | ○ |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　兄弟、配偶者、子供、その他同居されている方をご記入下さい。

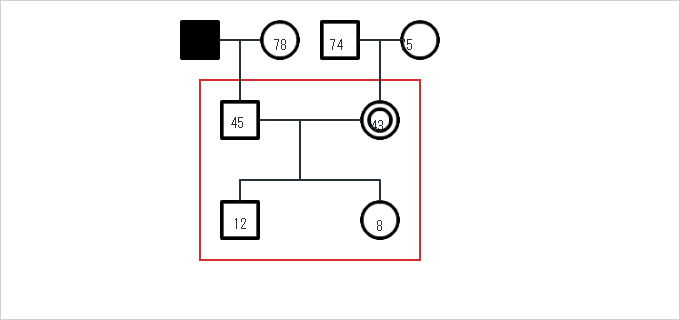
**○主に患者さんの支援や介護をされている方をご記入下さい**

・名前　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）

・名前　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）

家系図

□男性　○女性　■男性（他界）　●女性（他界）



記入例

**○　ご家族の中で精神科・心療内科を受診された方はいらっしゃいますか**

　□いいえ

　□はい　　（誰が：　　　　　　　医療機関名：　　　　　　　　　病名：　　　　　　　　）

　　　　　　（誰が：　　　　　　　医療機関名：　　　　　　　　　病名：　　　　　　　　）

**＜生育歴＞　※出生から現在までのことについて、可能な限りご記入をお願いします。**

　・出生地：

　・最終学歴

□尋常小学校　　□中学校　　□高等学校　　□専門学校　　□大学

**＜職歴＞**

・（　　　）歳　～　（　　　）歳　：

・（　　　）歳　～　（　　　）歳　：

・（　　　）歳　～　（　　　）歳　：

・（　　　）歳　～　（　　　）歳　：

**＜その他＞**

○介護保険の利用状況について

　介護認定・総合事業を受けていますか？

　□いいえ

　□はい　当てはまるものに○をつけてください

総合事業　　・　　要支援（　1　・　2　　）・　要介護（　1　・　2　・3　・　4・　5　）

・担当ケアマネージャ：　　　　　　　　　　　　　　所属機関：

・利用しているサービス

　□なし

　□あり　当てはまるものに○をつけてください

　　施設入所中　・　　デイサービス　・　ショートステイ　・　ヘルパー　・　訪問看護

　　配食サービス　・　入浴サービス　・　小規模多機能型事業所　・その他：

○障害者手帳はお持ちですか？

　□いいえ　□はい（　身体：　　　級　・　療育：　A　/　B　・　精神：　　　　級　）

○　元来、どのような性格ですか？周りからはどのような性格だと言われますか

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**※ 問診票はここまでです。ご協力ありがとうございました。**

**記入漏れがないかご確認ください。**