

問診票

年 月 日記入

ご本人の氏名(ふりがな)

(漢字) 生年月日 大・昭・平 年 月 日(歳)

1)現在治療中、または今までにかかった、主な病気や怪我について教えてください

糖尿病(内服: あり・なし インスリン: あり・なし)・甲状腺の病気()

高血圧・心臓疾患(具体的に)・緑内障・腎臓疾患(具体的に)

肝臓疾患(具体的に)・ぜんそく・がん(具体的に)

脳に関する病気(具体的に)・前立腺肥大・ふらつき

大きな怪我・事故(具体的に)

① 歳頃 病名() 病院名()

現在治療中ですか(はい・いいえ) 治療中の場合 病院

② 歳頃 病名() 病院名()

現在治療中ですか(はい・いいえ) 治療中の場合 病院

③ 歳頃 病名() 病院名()

現在治療中ですか(はい・いいえ) 治療中の場合 病院

2)現在治療中、または今までにかかった、感染症や皮膚疾患について教えてください

B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV・疥癬・その他の感染症、皮膚疾患()

※現在治療中の方⇒(いつから) (医療機関名)

※今までにかかった事がある方⇒(いつ頃) (医療機関名)

※予防接種について⇒肺炎球菌:あり(年 月頃)・未接種 インフルエンザ:あり(年 月頃)・未接種

3)今までに薬や食べ物などでアレルギーをおこしたことはありますか?

はい →薬・食べ物(名前) () いいえ

どのような症状が起こりますか()

いつ頃症状がありましたか()

4)女性の方へうかがいます

現在妊娠の可能性はありますか? はい・いいえ・わからない

生理不順はありますか? はい・いいえ

最終月経はいつですか? 月 日 (閉経: 歳)

5)嗜好品についてお尋ねします

お酒は 飲む(頻度: 種類: 量:) 飲まない

飲んでいた(いつ頃: 頻度: 種類: 量:)

タバコは 吸う(一日 本程度 歳から 年間位) 吸わない

吸っていたが今は止めている(いつ頃 一日 本程度)

常用薬(下剤含む)は ある(薬品名:) ない

その他に麻薬、シンナー、覚醒剤などの使用歴

ある(種類: 頻度:) ない

ギャンブル ある(種類: 頻度:) ない

趣味 ある(種類: 頻度:) ない

【裏面へ続きます】

6)現在の状態・症状について、当てはまる症状に○をしてください

物忘れ ・ 頭が悪くなったように感じる ・ 最近の事が思い出せない
 イライラ ・ 不安 ・ 胸がドキドキする ・ 息苦しい ・ 何もする気がしない ・ 考えがまとまらない
 決断できない ・ 集中力がない ・ 死にたい気持ちがある
 食欲がない ・ 性欲がない ・ 人と会いたくない ・ 疲れやすい ・ 人や世の中に興味がなくなった
 好きな事でも楽しくない ・ よく涙が出てしまう
 元気が良すぎる ・ しゃべりすぎる ・ 気が大きくなった ・ 怒り易い ・ 他人に攻撃的になってしまう
 実際にはないはずのものが見えたり、聞こえたりする ・ うわさをされている ・ いじわるをされている
 見えるはずのないものが見える ・ 考えが他人に伝わる
 生活が不規則 ・ 寝つきが悪い ・ 夜中に何度も目が覚める ・ 朝早く目が覚める
 よく寝た感じがしない ・ 寝すぎる ・ お酒を飲みすぎる ・ 寝に汗をかく
 自分を傷つけることがある ・ たくさん食べて吐くことがある

※その他に困っている症状について

ご本人

ご家族等

※いつごろから症状がはじまりましたか。またはいつごろから症状が重くなりましたか？

症状の始まり 年 月頃(または 歳頃)から

症状が重くなった時期 年 月頃(または 歳頃)から

※症状のきっかけとおもわれることはありますか？

7)本来の性格はどうでしたか？あてはまるものすべてにチェックをつけてください

一人での事を好む ・ 大人しい ・ 無口 ・ 我慢強い ・ こまかい ・ 几帳面 ・ 凝り性 ・ 頑固 ・ 真面目
 気が小さい ・ 心配性 ・ 暗示にかかりやすい ・ 空想にふけりやすい ・ 決断力に欠ける
 社交的 ・ 活動的 ・ お喋り ・ 気が短い ・ 大ざっぱ ・ いい加減 ・ 楽天的 ・ おせっかい ・ わがまま
 見栄っ張り ・ 喜怒哀楽が激しい ・ 負けず嫌い ・ 大げさ

その他、ご本人様が思う性格()

その他、ご家族が思う性格()

8)日常生活について

①食事・食欲： 普通 ・ 落ちているが食事は摂れる ・ 食事量が減っている ・ 食欲があり過ぎる

食事の種類： 普通 ・ お粥 ・ 刻んだもの ・ 液状のもの

嚥下障害： 有() ・ 無

②平均的な睡眠時間のパターン ※(11～12 時頃)などの記入でも結構です。

布団に入る()時 → 眠りにつく()時

→ 途中で目が覚める場合、その回数()回 (その後すぐにまた眠れますか？ はい ・ いいえ)

→ 完全に目が覚める()時 → 布団を出る()時

③体重： 変わらない ・ 減っている (3ヶ月で kg) ・ 増えている (3ヶ月で kg)

④排泄： I： 自力 ・ 介助 II： 下着 ・ オムツ ・ 紙パンツ ・ ポータブルトイレ III： 最終排便(/)

⑤義歯： あり() ・ なし ⑥補聴器： あり() ・ なし

⑦眼鏡： あり() ・ なし ⑧コンタクト： あり() ・ なし

⑨言語障害： あり(程度等：) ・ なし ⑩利き腕： 利き

⑪運動障害： あり(部位・程度等：) ・ なし

お疲れ様でした。問診票のご記入にご協力頂きありがとうございました。この問診票は診察日にご持参ください。