

問診票

下記の質問についてわかる範囲での記入をおねがいたします。

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) 当てはまる状態に○をつけてください。【複数可】

物忘れがひどい ・ 理解力が衰えた ・ 場所や時間がわからない ・ 人柄が変わった
不安感が強い ・ 意欲がなくなった ・ その他 (_____)

2) ご家族の気持ちについて近いものに○をつけてください。【複数可】

私にばかり当たられて辛い ・ 社会とのつながりが減った ・ どう接していいかわからない ・ 不眠
相談できる人がいない ・ つい声を荒げてしまう ・ 入院させたい ・ その他 (_____)

3) 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
飲んでいたが今は止めている(いつ頃: _____ 頻度: _____ 種類: _____ 量: _____)
タバコは 吸う(一日 本程度) _____ ・ 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(下剤を含む)は ある(薬品名: _____) ・ ない
その他シンナー、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

4) 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・食べ物の名前(_____) 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(_____)

5) 本来の性格はどうでしたか？ご記入ください

ご本人様が思う性格(_____)
ご家族が思う性格(_____)

6) 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⇒ 肺炎球菌: あり(年 月頃) ・ なし インフルエンザ: あり(年 月頃) ・ なし

(裏面へ続きます)

7) ご本人の日常生活動作についてお伺いします（特記事項がありましたら、その他への記載をお願い致します）

- ①食事： 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()
 ②入浴： 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()
 ③更衣： 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()
 ④整容： 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()
 ⑤排泄： 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()
 ⑥歩行： 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()
 ⑦移乗： 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()
 ⑧金銭： 自己管理 ・ 家族管理 ・ 施設管理 その他()
 ⑨服薬： 自己管理 ・ 家族管理 ・ 施設管理 その他()

8) 日常生活等について

- 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

9) 患者様ご本人様にお尋ねします。どういう事が日常生活や社会生活でお困りですか？自由に記載してください。具体的なエピソードを記載して下さると助かります。(ご本人が書けない場合は、この欄の記入は不要です)

10) 患者様のご家族様・施設職員様にお尋ねします。どういう事が日常生活や社会生活でお困りですか？自由に記載してください。特に「具体的にいつ頃から始めて、最近どの様になってきたのか」についてご記入頂けると助かります ※ご家族様のご記入が難しい場合は、一番身近な方(施設スタッフ・ご友人等)のご記入をお願いします

11) その頃、何かきっかけと思われることはありましたか？○を付けてください。

- 引っ越し ・ 同居 ・ 別居 ・ 施設入所 ・ 入院 (病院名： _____ 病名： _____)
 身近な人の死(配偶者 ・ 兄弟 ・ 子 ・ 親 ・ 親戚 ・ 友人 ・ その他： _____)
 退職 ・ けがや病気 ・ その他 (_____)

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。