鹿児島県基幹型認知症疾患医療センター　問診票

ご記入日：　　年　　月　　日

1．ご本人

氏名：　　（ふりがな：　　）

生年月日：　　年　　月　　日生　（　　歳）

性別：

住所：〒　　－

電話番号：

2．ご記入される方

受診される方との居住形態：　同居　・　別居

氏名：　　（ふりがな：　　）

続柄：

年齢：　　歳

住所：〒　　－

電話番号：

3．日中のご連絡先

（受診日までにご連絡を差し上げる場合がございます。昼間の連絡先をご記入ください。）

氏名：　　（ふりがな：　　）

続柄：

電話番号：

4. どなたに受診をすすめられましたか。チェック☑を入れてください。

□ 病院、クリニック →紹介状： あり ・ なし→病院名：

□ 地域包括支援センター

□ 市町村の保健所、保健センター

□ 介護サービス事業所（ケアマネージャー・訪問看護・施設など）

□ その他：

5. どのような症状でお困りですか。これまでの経過を具体的に、ご記入ください。

（　　）

下記の当てはまる症状に○をつけてください。

頭痛　目がよく見えない　言葉のもつれ　しびれ　ふるえ

不安　いらいら　食欲がない　気が沈む　興奮

大切な物をなくしたり置き忘れたりする　何もする気がしない

もの忘れが多いと感じる　最近の出来事が思い出せない　眠れない

時間や場所の感覚が不確かになった　食の好みが変わった

はっきりしている時とボーッとしている時がある　人柄が変わった

睡眠中に大きな声の寝言や暴れたりする　実際にないものが見える

症状が始まった時期：　　年　　月　　日（　　歳）頃から

これらの症状について他の病院を受診されたことがありますか。

なし ・ あり →いつ頃：　　病院名：

ご家族に同じような症状をお持ちの方がいますか。

いない ・ いる →続柄：

症状：

6．今回の診察で１番に希望されていることをご記入ください。
（例：診断を知りたい、検査をしてほしい、お薬の相談をしたい、など）

（　　）

7．これまでにかかった病気はありますか。

（１）当てはまるもの全てにチェック☑と発症した年齢、通院した病院名をご記入ください。

	病名	年齢	病院名
□	高血圧		
□	糖尿病		
□	高脂血症		
□	脳血管疾患		
□	心臓病		
□	高尿酸血症、痛風		
□	気管支喘息		

（2）上記の病気以外に大きな怪我や手術、入院をしたことがありますか。ある場合はご記入ください。

病名	年齢	病院名

8．元々の性格に○をつけてください。

積極的　　社交的　　消極的　　楽天的　　おおらか　　まじめ

自己中心的　　短気　　頑固　　孤独を好む　　責任感が強い

9．これまでの生活歴をご記入ください。

・生まれたところ：

・育ったところ：

・ごきょうだいは何人ですか：本人は　　人中　　番目

上から順にご記入ください。（記入例：兄、姉、本人、弟、妹）

・就学歴： 小学校名：　　成績：

中学校名：　　成績：

高校名：　　成績：

大学、専門学校名：　　成績：

・現在の職業：

・職歴： 会社名：　　(　　歳～　　歳まで)

会社名：　　(　　歳～　　歳まで)

会社名：　　(　　歳～　　歳まで)

下記の質問にご記入と当てはまるものに○をつけてください。

10. 趣味がありますか。

ない ・ ある →内容：

11. 信仰されている宗教はありますか。

ない ・ ある

12. 自動車やオートバイなどの運転をしていますか。

している

していない →免許証の返納を　した　・　していない

返納した時期：　　年　　月　　日頃

13. 利き手：　右　・　左

14. 嗜好品（たばこ・お酒）はありますか。もしくは過去にありましたか。

（1）たばこ： なし ・ あり　→ 時期：　　歳～　　歳

量：1日　　本

（2）お酒： なし ・ あり　→ 種類：

時期：　　歳～　　歳

量：1日　　ml

15. 病院で処方されたお薬以外に市販のお薬やサプリメントを飲んでいますか。

ない ・ ある →内容：

16. アレルギーはありますか。

ない ・ ある →内容：

17．介護保険およびサービスの利用状況をご記入ください。

①介護保険は申請していますか：　はい　・　いいえ　・　申請中

②要介護度に○をつけてください。

非該当　　要支援１　　要支援２

要介護１　　要介護２　　要介護３　　要介護４　　要介護５

③担当のケアマネージャーの氏名と所属をご記入ください。

氏名：　　所属：

④現在利用されているサービスに当てはまるもの全てに○をつけてください。

デイサービス（デイケア）　　ヘルパー　　ショートステイ　　訪問看護

訪問リハビリ　　小規模多機能ホーム　　福祉用具レンタル　　配食サービス

その他（内容：　　）

18．障害福祉およびサービスの利用状況をご記入ください。

①障害者手帳をお持ちですか。

いいえ　・　はい　(身体 ・ 療育 ・ 精神)→等級：

②障害福祉サービス受給者証をお持ちですか：　はい　・　いいえ　・　申請中

③障害支援区分を教えてください。

区分：　1　　2　　3　　4　　5　　6

④担当の相談支援専門員の氏名と所属をご記入ください。

氏名：　　所属：

⑤現在利用されているサービスに当てはまるもの全てに○をつけてください。

居宅介護　　短期入所　　施設入所支援　　補装具

自立訓練　　就労移行支援　　就労継続支援　Ａ型　・　Ｂ型

その他（内容：　　）

ご記入ありがとうございました。

この問診票は受診当日にソーシャルワーカーがお預かりいたします。