

問診票

ご記入日：令和 年 月 日

たかつきクリニック（東京都認知症疾患医療センター）を受診される患者様とご家族様にお尋ねします。
書ける範囲で記入をお願いします。

1. 患者さんについてご記入ください。

フリガナ： 氏名：	性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生まれ（年齢： 歳）
--------------	-----------	----------------------------------

年金受給状況： 国民年金 遺族年金 厚生年金 共済年金 障害年金（ 級） 年金額 円/2ヶ月
障害者手帳： 身体障害者手帳（ 級） 愛の手帳（ 級） 精神障害者手帳（ 級）
身長： cm 体重： kg 利き手： 右手 ・ 左手

2. 現在、患者さんと同居されている御家族とご年齢を下記にご記入ください。

（記入例： 妻（78）、長女（45）、長女の夫（47）、男孫（20）など）

--

3. 主に患者さんに関わっているご家族は決まっていますか？

いる（名前： （：本日同席している） 続柄： ）

住所： TEL:

いない

4. これまでの生活史についてお伺いします。

（1）ご出身をご記入ください。（ 都・道・府・県） 生育地：（ 都・道・府・県）

（2）きょうだいは、何人でそのうち何番目ですか？（ 人中 番目）

（3）最後学歴をご記入ください。（ ）

（4）患者さんはこれまでお仕事をされたことがありますか？ ない ・ ある

「ある」と回答された方は職歴をご記入ください。

職歴	（ 歳～ 歳まで）
	（ 歳～ 歳まで）
	（ 歳～ 歳まで）

（5）趣味がありますか？カッコ内にその内容をご記入ください。

ない ・ ある（内容： ）

（6）患者さんはこれまでにご結婚をされたことがありますか？ ない ・ ある

「ある」と回答された方はこれまでのご結婚について下記にご記入ください。

結婚歴	歳～ 歳まで（子供 人）上から順に性別をかいってください。（ ）
	歳～ 歳まで（子供 人）上から順に性別をかいってください。（ ）
記入例	〇歳～ 〇歳まで（子供 4人）上から順に性別をかいってください。（女・男・男・女・女）

5. もととのご性格について当てはまると思うものすべてに○をつけてください。

積極的 社交的 孤独を好む 無口 くよくよする 優柔不断 消極的 見栄っ張り 自己中心的 まじめ 頑固
横着 責任感が強い 完璧主義 マイペース 嫉妬深い おおらか 短気 気難しい 心配性

その他、患者さんの性格で思い当たる具体的な出来事があればお書きください

--

6. 嗜好品についてお伺いします。

タバコを吸っていますか（いましたか） → 吸っている 吸っていない 吸っていた
 お酒を飲んでいますか（いましたか） → 飲んでいる 飲んでいない 飲んでいた
 ギャンブルはしますか（していましたか） → している していない していた

7. 以下のうち、これまでかかった病気はありますか？（わかる範囲でご記入ください。）

高血圧 糖尿病 高脂血症（中性脂肪・コレステロールが高い） 高尿酸血症・痛風 気管支ぜんそく 不整脈
 甲状腺疾患 心臓病（脳梗塞・脳出血） 頭部外傷（打撲・交通事故など） 精神疾患 がん（手術など）

病名： 歳時 医療機関： 病院・クリニック
 経過：入院・手術・終了・経過観察・通院中（処方あり）

病名： 歳時 医療機関： 病院・クリニック
 経過：入院・手術・終了・経過観察・通院中（処方あり）

病名： 歳時 医療機関： 病院・クリニック
 経過：入院・手術・終了・経過観察・通院中（処方あり）

病名： 歳時 医療機関： 病院・クリニック
 経過：入院・手術・終了・経過観察・通院中（処方あり）

8. 今回、受診を希望された理由をおしえてください。また、現在どのようなことでお困りですか？

年 月（ 歳）頃から [突然、起こった ・ だんだん起こってきた]
 [変わらない ・ 悪くなっている ・ 良くなっている] と感じる。

9. 上記の症状について他の医療機関にかかったことがありますか？ [ない ・ ある]

「ある」と回答なさった方に伺います。どちらの医療機関にかかられましたか？

歳～	歳	医療機関名：	入院 ・ 通院
歳～	歳	医療機関名：	入院 ・ 通院

10. 介護保険およびサービスの利用状況についてお伺いします。

該当する要介護度に○をつけてください。

申請していない
 申請中 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

現在、利用されているサービスについて当てはまるものすべてに○をつけてください。

- ①デイサービス ②ホームヘルパー ③ショートステイ ④配食サービス
- ⑤入浴サービス ⑥訪問看護 ⑦日常生活用具（レンタル） ⑧緊急通報システム
- ⑨住宅改修 ⑩その他（内容： ） ⑪利用したことがない

担当のケアマネージャーの名前と所属、電話番号をご記入ください。

ケアマネージャーの名前：

ケアマネージャーの所属：

電話番号：

11. 物忘れや日常生活の様子についてお尋ねします。当てはまるところに○をつけてください。

回答者に○をつけてください。 1. ご家族 2. その他（ ）

A	物忘れが多いと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる	
B	1年前と比べて、物忘れが増えたと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる	
1	財布や鍵等、物を置いた場所が分からなくなることがあります	まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ	
2	5分前に話した話を思い出せないことがあります	まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ	
3	自分の生年月日がわからなくなることがあります	まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ	
4	今日が何月何日かわからないときがあります	まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ	
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがあります	まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ	
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることがあります	まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ	
7	電気や水道やガスが止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない	
8	1日の計画を自分で立てることができますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない	
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない	
10	一人で買い物に行けますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない	
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない	
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金等の支払いは一人で できますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない	
13	電話をかけることができますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない	
14	自分で食事の準備はできますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない	
15	自分で薬を決まった時間に決まった分量を飲むことは できますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない	
16	入浴は一人でできますか	問題なく できる	見守りや 声かけを 要する	一部介助 を要する	全介助 を要する	
17	着替えは一人でできますか	問題なく できる	見守りや 声かけを 要する	一部介助 を要する	全介助 を要する	
18	トイレは一人でできますか	問題なく できる	見守りや 声かけを 要する	一部介助 を要する	全介助 を要する	
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	問題なく できる	見守りや 声かけを 要する	一部介助 を要する	全介助 を要する	
20	食事は一人でできますか	問題なく できる	見守りや 声かけを 要する	一部介助 を要する	全介助 を要する	
21	家の中での移動は一人でできますか	問題なく できる	見守りや 声かけを 要する	一部介助 を要する	全介助 を要する	
22	現在の食欲はどうですか	普段以上	普段どお り	あまり無 い	ない	
23	現在の睡眠時間はどうか 時間帯：1日約 時間（午前・午後 時～午前・午後 時）・ 一定ではない	よく寝れ ている	まあまあ 寝れてい る	あまり寝 れていな い	寝れてい ない	
24	現在のお通じの回数とその状態についてご記入ください。 お通じの回数：1週間に 回程度 お通じの状態：便秘気味 ・ 普通 ・ 下痢気味					