



記入日 平成 年 月 日  
記載者 ( ) 続柄 ( ) 同居 別居

## 外来受診問診票 (2)

患者氏名 \_\_\_\_\_

当てはまるものにをつけていただくか、ご記載ください。

(1) あてはまる状態があればをつけてください。

- 財布や通帳など大事なものをなくすことがある
- 電話を切ったばかりなのに、話していた相手の名前を忘れる
- 同じものを何個も買ってしまう
- 曜日や日付を何度も確認しないと忘れてしまう
- 慣れた道でも迷うことがある
- 薬の飲み忘れや、飲んだかどうか分からなくなることがある
- リモコンや洗濯機などの操作がうまくできない
- いらいらして怒りっぽくなった
- 一人であることが不安になる
- 外出するのがおっくうになった
- 趣味や好きなテレビを楽しめなくなった
- 身だしなみに構わなくなった
- 数ヶ月の間に頭部を打ったりぶつかったりした ( 年 月頃)
- 外出し戻って来られないことがある (徘徊)
- 虫や子供など現実にはないものが見えているようである (幻覚)
- 実際には聞こえないはずの声や音が聞こえているという (幻聴)
- 食べられないものを口にしてしまう
- 夕方から夜になると活動的で昼間はウトウトしている
- その他 ( )

(2) 上記の症状が出た頃に何かきっかけと思われることはありましたか？

- なかった あった (下記にをつけてください)
- 引っ越し 同居 別居 施設入所 入院 (病名: )
- 身近な方の死 退職 ケガ、病気 その他 ( )

(3) よろしければご家族様のお気持ちをお聞かせください。

- 私にばかり当てられて辛い
- つい声を荒げてしまう
- 社会とのつながりが減った
- 相談できる人がいない
- その他

(4) 現在介護保険の要介護認定は受けておられますか？

- 受けていない 受けている (下記にをお願いします)

記入日 平成 年 月 日  
記載者 ( ) 続柄 ( ) 同居 別居



要支援1 要支援2 自立  
要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5  
担当ケアマネージャー→ ( )

(5) 利用中のサービスがあれば教えてください。

デイサービス、デイケア ショートステイ 訪問看護 訪問介護 訪問リハビリ  
施設入所中 その他 ( )

(6) たばこについて

吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日 本、約 年間)

(7) 飲酒について

飲まない 飲む 過去に飲んでいた (1回 杯、毎日 時々 機会があれば)

(8) ご家族 (特に患者様のご両親、兄弟姉妹) で以下のようなご病気の方、又は以下のようなご病気でお亡くなりになった方はいらっしゃいますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 がん 結核 その他 ( )

(9) 何か相談事はございますか？

病気への不安について

施設入所について

各種福祉制度利用について

介護保険制度

成年後見制度

身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳

その他

(10) その他何か気になることがあればご記入ください。

最後までご記入いただきありがとうございました。診察までお待ちください。

医療法人さわらび会 福祉村病院