

# 外来問診票（1）

ID \_\_\_\_\_

年 月 日

ふりがな 氏名		男 女	生年 月日	大・昭・平 年 月 日
住所	〒			電話
連絡先	様 続柄（ ）			電話

(1) 本日受診された目的はどのようなことですか？

- 認知症の診断    認知症症状の治療希望    介護の相談    入院相談  
さわらび会施設入所健診のため    介護保険申請、更新のため    その他書類作成  
体の動きが悪くて困っている    食事がとれない    その他（ ）

(2) 現在通院している病院、診療所はありますか？

- ない    ある（ ）

↓

- ・本日紹介状はお持ちですか？    持っている    持っていない  
 ・お薬は服用されていますか？    服用している    服用していない

↓

- ・お薬手帳等服用中の薬の情報をお持ちですか？    持っている    持っていない

(3) 現在、健康食品を使用されていますか？

- 使用していない    使用している（製品名： ）

(4) お薬（飲み薬、注射）や健康食品でショック症状を起こしたことがありますか？

- ない    ある（薬、健康食品名： ）

(5) お薬や健康食品を使用し、皮膚に発疹がでたことはありますか？

- ない    ある（薬、健康食品名： ）

(6) 今までにかかった病気や治療中の病気がありますか？

- 高血圧（      頃）糖尿病（      頃）心臓病（      頃）肺炎（      頃）  
脳卒中（      頃）がん（      頃）結核（      頃）  
その他（      頃）

(7) 今までに手術の経験はありますか？

- ない    ある（病名：      ）輸血（あり    なし）

(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がありますか？

- 高血圧    糖尿病    心臓病    脳卒中    がん    結核    その他（ ）

※個人情報の取り扱いに関し、同意頂けない方はお申し出ください。

## 外来受診問診票（2）

患者氏名 \_\_\_\_\_ ID. \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記載者 \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ） 同居 別居

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
- 一人でい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

裏面へつづく →

(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 → 申請中 未申請

受けている (下記にをお願いします)

↓

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 申請中

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) 何かお困りのことはございませんか？

ない 相談したい事がある。(下記にをお願いします)

↓

福祉村病院への入院について ( 早急に 将来的に )

各種福祉制度利用について

(介護保険制度、身体障害者手帳、精神障害者手帳、成年後見制度等)

施設入居について

ご家族の不安、心配事について

病気への不安について

治療費など経済的なこと

(9) 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