



問診票(65歳以上)

ふりがな
記入者氏名：

続柄：

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳 ヶ月
患者氏名		生年月日	年	月	日

* どのような希望で来られましたか？ 通院 入院 家族相談 診断 検査 その他()
院内サービスの利用(CBT デイケア 訪問看護 カウンセリング)
認知症鑑別診断
 →今までに認知症の診断を受けたことはありますか？(ある・ない)
 →地域包括支援センター等に相談しましたか？(した・していない)
 →介護保険を申請していますか？(いいえ・はい)

* 本日、相談したい症状やお困りのことは何ですか？)
意欲がわからない 不安 感情が不安定 イライラ 興奮しやすい 生きているのが嫌になる
話しかける声が聞こえる 実際にみえないものが見える 自分の噂をされている 過食 拒食 もの忘れ
お酒がやめられない 薬への依存がある
その他(具体的に)→

* 上記が始まったのはいつ頃ですか？何かきっかけと思われる事柄がありましたか？
 年 月頃(歳頃) / きっかけ:

* 上記のことで、クリニックや病院を受診したことはありますか？ (いいえ・はい)

医療機関名	受診日(年齢)	治療内容	相談内容
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	
	年 月()	通院・入院・不定期・1回だけ	

* 現在、飲んでいる薬はありますか？ (いいえ・はい →内容:)
 →薬の内容がわかるお薬手帳や薬剤情報提供書はお持ちですか？ (いいえ・はい)

* 薬や食べ物にアレルギーはありますか？ (いいえ・はい)
たまご 牛乳 小麦 そば 落花生 えび かに その他の食品()
薬(名称→)

* これまでに大きな病気や怪我、手術の経験はありますか？ (いいえ・はい)
糖尿病(歳頃) 高血圧(歳頃) 心臓病【不整脈含む】(歳頃) 肝炎【治療済みも含む】(歳頃)
ぜんそく(歳頃) 結核【過去の治療・指摘含む】(歳頃) 熱性けいれんやひきつけ(歳 ヶ月頃)
その他(具体的に:)
 手術歴: なし あり →

* 本日受診される患者様のことについてお聞かせください。

・出身地(県名・市名)はどこですか?()

・転居歴はありますか?(いいえ ・ はい)⇒具体的に(いつ・どこ):

・兄弟姉妹はいらっしゃいますか?(いいえ ・ はい ⇒【本人含まず】 人)

・最終学歴はどちらになりますか?(学校名: _____ 中学校 ・ 高校 ・ 大学 ・ 専門学校 ・)
/ 卒業 ・ ____回生在学中 ・ ____年生時中退 ・ 休学中(いつから:)

・婚姻歴はありますか?(いいえ ・ はい)⇒□ ____歳で結婚(子 ____人) / □ ____歳で結婚し、____歳で離婚(子 ____人) /
□ ____歳で結婚し、____歳で死別(子 ____人) / □再婚歴あり

* 今までのことをお聞かせください

1) 仕事の経験はありますか? (いいえ ・ はい)

2) 現在、仕事をされていますか? (いいえ ・ はい)

いつから	会社名(職種)	雇用形態
~現在		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>

3) 今までの職歴を教えてください。

いつ頃	会社名(職種)	雇用形態
【例】 大学卒業~28歳頃	明石病院(看護師)	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/>

仕事

4) 仕事上で困っていることはありますか? (いいえ ・ はい)

仕事に行けない 仕事のミスが多い 業務についていけない ハラスメントを受けている

その他(具体的に:)

* 嗜好物等のことについてお聞かせください。

・たばこは吸いますか?(いいえ ・ はい)⇒いつ頃から: /1日の本数: ____本

・アルコール飲料は飲みますか?(いいえ ・ はい)⇒いつ頃から: /1日の量:

⇒ 毎日飲酒 週 ____日程度 機会飲酒

・違法薬物や危険ドラッグの使用、有機溶剤吸引をしたことはありますか?(いいえ ・ はい)

⇒いつ頃: /種類:

・趣味はありますか?(いいえ ・ はい)⇒具体的に:

・信仰している宗教等がありますか?(いいえ ・ はい)⇒具体的に:

・家族や親族の方に精神科や心療内科に受診歴のある方はいますか?(いいえ ・ はい)⇒具体的に:

・ご自身で自分はどのような性格だと思われますか?()

* その他、当院へのご要望等ございましたら、ご自由にお書きください。