

# 問 診 票

記入日：平成 年 月 日

ふりがな		男	生年月日
氏名		女	大・昭 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -		
自宅電話	(本人・家族)	※今後、病院名で電話を差し上げても構いませんか？	
携帯番号	(本人・家族)	はい/いいえ⇒希望方法：	

◎ この用紙にお答えして頂くのはどなたですか？  
 1・患者様本人 2・同伴者様 氏名( ) 続柄( ) 連絡先( )

◎ 当院を選んだ理由は何ですか？  
 1. 家族の紹介 2. 市役所の紹介 3. 当院のホームページ 4. インターネット (紹介サイト、口コミ)  
 5. 保健所の紹介 6. その他 ( )

☆ 個人情報として慎重に扱いますので、できる範囲でお答えください。  
 ☆ クリニック内で、お名前を呼ばれたくない方は、受付にお伝えください。

## ご本人の ご家族について 教えてください

① 現在、結婚していますか？

いる ⇒ 妻/夫の氏名： ( 歳) (初婚・再婚)  
 いない ⇒ (未婚・離別・死別)

② 子どもはいますか？

1、氏名： ( 歳) ( 市・町・村)  
 2、氏名： ( 歳) ( 市・町・村)  
 3、氏名： ( 歳) ( 市・町・村)  
 4、氏名： ( 歳) ( 市・町・村)

③ 一緒に住んでいる方の、お名前、ご関係を教えてください。 ⇒ いない・いる

1、氏名： ( 歳) (続柄 ) ( 自宅・施設 施設名： )  
 2、氏名： ( 歳) (続柄 ) ( 自宅・施設 施設名： )

④ 1番積極的にかかわっている方はどなたですか？ ⇒ いない・いる

1、氏名： ( 歳) (続柄 ) (TEL )  
 2、氏名： ( 歳) (続柄 ) (TEL )

# 問 診 票

## 持病について 教えてください

① 今までに心療内科や精神科にかかったことはありますか？ ⇒ ( ない ・ ある )

年 月 ~ 年 月ごろ 病名：	病院名：
-----------------	------

② 今までにかかった主な病気やケガについて教えてください。

病 名	いつから	病 院 名	現 在
(例) 糖尿病	H25年~	○×病院	通院中 ・ なおった
			通院中 ・ なおった
			通院中 ・ なおった
			通院中 ・ なおった
			通院中 ・ なおった

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 食物・薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 手術の経験
<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 肺疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患
<input type="checkbox"/> その他 ( )				

## 生活について 教えてください

出生地 ( ) 最終出身学校 ( 在学 卒業 中退 )

これまでの職業 ( 会社員 ・ 公務員 ・ 自営業 ・ 主婦 仕事内容： )

運転の有無と程度 ⇒ している (週に 回程度) ・ していない

友人 ・ 知人 ⇒ ( いない ・ たまに会う ・ よく会う )

趣 味 (好きなこと) ⇒ ( )

アルコール ( 1日平均 \_\_\_\_\_ ml × \_\_\_\_\_ 年 ) ⇒ 何を飲んでいますか？ ( )

タバコ ( 1日平均 \_\_\_\_\_ 本 × \_\_\_\_\_ 年 ) ⇒ 現在 ( 吸っている ・ やめた )

## 介護保険について 教えてください

⇒ 申請なし ・ 要支援 ( 1 ・ 2 ) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )

いま受けているサービス内容について (該当するものにマル○を付けて下さい)

・ デイサービス	回 / 週	・ 訪問看護	回 / 週
・ ショートステイ	回 / 週	・ ヘルパー	回 / 週
● 担当事業所 ( )		● 担当ケアマネージャー ( )	

# 問 診 票

・ 屋外歩行 ⇒	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない
・ 車椅子 ⇒	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
・ 歩行補助具・装具の使用 ⇒	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用

## 症状について 教えてください。

① 該当するものにマル○をお願いします。

・ 同じ事を何度も言う	( )	・ しまい忘れ	( )
・ もの忘れ	( )	・ 意欲の低下	( )
・ 夜寝ない	( )	・ 日中によく居眠りする	( )
・ 夜間興奮する	( )	・ 意思の疎通がはかれない	( )
・ 不潔行為	( )	・ 妄想にとわられている	( )
・ 動作がにぶい	( )	・ 幻覚がある	( )
・ 介護への抵抗	( )	・ 徘徊 ・ 迷子	( )
・ 転びやすい	( )	・ 怒りっぽい	( )
・ しっかりしている時とぼんやりしているときの差が激しい	( )		

② いま、1番お困りのことは何ですか？

③ いつから、どのような症状が出ていますか？

○ 会計時、明細書を無料発行することが出来ますが、希望されますか？ ⇒ ( はい ・ いいえ )

ご記入ありがとうございました。

美唄すずらんクリニック