

問診票

本人

| | | | | |
|------|-----------|---|-------|---|
| ふりがな | | | 男 ・ 女 | |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | 大 ・ 昭 ・ 平 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | | | | |
| 電話番号 | | | 携帯電話 | |

家族

| | | | | |
|-------|--|--|------|--|
| 主な介護者 | | | 続柄 | |
| 電話番号 | | | 携帯電話 | |

◆ 記入とシ点をお願いします。

1 誰と一緒に住んでいますか？

| |
|--|
| |
|--|

2 家族にもの忘れ外来に通院されている方はいますか？

はい いいえ

3 自動車を運転されていますか？

はい いいえ

4 本人と家族の関係は良好ですか？

はい いいえ

5 介護申請していますか？

はい いいえ

6 5で「はい」と答えた方 当てはまるものに○をつけてください。

要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
施設名() ケアマネ()

7 5で「はい」と答えた方 介護保険サービスは何を利用されていますか？

| |
|--|
| |
|--|

8 5で「いいえ」と答えた方 介護申請されていない理由がありますか？

| |
|--|
| |
|--|

9 内服薬はどなたが管理されていますか？

| |
|--|
| |
|--|

10 現在の職業または若い頃の職業は何でしたか？

| |
|--|
| |
|--|

11 既往歴は何かありますか？

| |
|--|
| |
|--|

12 体内に金属は入っていませんか？(例:ペースメーカー、取り外しのできる義歯)

◆ 日常生活の質問について記入をお願いいたします

1 買い物は行えますか？(例:同じ物をかってしまう、頼まれた物が買えない)

2 お金の支払いは可能ですか？(例:財布の中に小銭がたくさん残っている)

3 調理はできますか？(例:鍋を焦がすことがあった)

4 当てはまる症状にレ点をお願いいたします

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 会話がかみ合わなくなった | <input type="checkbox"/> そわそわして落ち着きがない |
| <input type="checkbox"/> 着替えがスムーズにできない | <input type="checkbox"/> 眠りが浅いまたは寝付きが悪い |
| <input type="checkbox"/> 依頼したことに対し拒絶する | <input type="checkbox"/> 尿失禁や便失禁がある |
| <input type="checkbox"/> ぼーっとしている時間が増えた | <input type="checkbox"/> 周囲に関心を示さない |
| <input type="checkbox"/> 他人に見えないものが見える | <input type="checkbox"/> 食欲がない |
| <input type="checkbox"/> 気持ちがしずんでいる | <input type="checkbox"/> ささいなことで怒り出す |
| <input type="checkbox"/> 忘れっぽい | <input type="checkbox"/> 否定的な発言や行動がある |
| <input type="checkbox"/> その他症状 | |

5 上記の症状はどれくらい前からですか？

6 症状が始まった時期になにかきっかけとなる事がありましたか？