

問診票の事前FAXは不要です。ご自宅で記入していただき、当日ご提出をお願いいたします。

メモリークリニック 問診票 ~ご家族の方がご記入下さい~

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
身長 _____ cm 体重 _____ kg

連絡先：氏名 _____ (ご関係： _____) ☎ (_____)

かかりつけ医 _____ 先生

【1】今一番お困りのことは何ですか？ _____

【2】どのような症状がありますか？ (該当するものに○をつけてください)

- ・物忘れ () ・しまい忘れ () ・同じことを何度も尋ねる ()
- ・夜間不穏になる () ・意志の疎通がはかれない () ・意欲の低下 ()
- ・徘徊 () ・不潔行為 () ・介護への抵抗 ()
- ・動作が鈍い () ・根も葉もない考えにとらわれている ()
- ・見えるはずのないものが見える () ・日中によく居眠りをする ()
- ・良い時と悪い時の差が激しい () ・その他 (_____)

【3】それはいつからですか？ _____

【4】次のことがわかりますか？ (わかるものに○、わからないものには×)

今日は何月何日か () 自分がいる場所 () 親しい人の顔・名前 ()

【5】今飲んでいる薬はありますか？ ない ・ ある

あると答えた場合、薬の管理はどなたがしていますか？ 本人 ・ その他 (_____)

【7】今までにどのような病気にかかりましたか？

高血圧 ()、糖尿病 ()、高脂血症 ()、うつ病 ()、その他 _____

【8】出身地はどちらですか？ _____ 県・都 _____ 市・区・町・村

【9】最終学歴を教えてください。

(小学校・中学校・高校・大学・大学院・短大・専門学校) を卒業 / 中退 (_____) 年生の時

【10】仕事をした経験は？ ない ・ ある

現在仕事はありますか？ ない ・ ある (退職した年齢： _____ 歳)

裏面に続きます

【11】結婚の経験は？ ある(_____ 歳時に結婚) ・ ない
離婚歴はありますか？ ない ・ ある

【12】現在の家族構成について教えてください

お名前	年齢	患者さんとのご関係	同居の有無
			同居 ・ 別居
			同居 ・ 別居
			同居 ・ 別居
			同居 ・ 別居
			同居 ・ 別居

【13】嗜好と生活習慣

タバコ _____ 本/日

お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい (週 _____ 日)

ビール・日本酒・焼酎・ワイン・その他(_____)を _____ 杯くらい飲む

趣味 _____

【14】ふだん外出はされますか？ (複数選択可)

買い物 ・ 散歩 ・ 病院 ・ その他(_____)

【15】介護保険 (要介護度を○で囲んでください。申請されていない方は記入不要です。)

要介護度： 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

利用中のサービス： デイサービス() デイケア() 訪問看護()

ショートステイ() ホームヘルパー() その他()

【16】介護は主にどなたがされていますか？

妻() 夫() 嫁() 息子() 娘() 兄弟姉妹() 孫() 親() その他()

【17】受診のきっかけは、どなたからですか？

本人 ・ 家族 ・ かかりつけ医師 ・ その他(_____)

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者 _____ (ご関係 _____)

ご協力ありがとうございました。

済生会横浜市東部病院