

# 和 なごみ クリニック 問診票

診察の参考にしたいと思いますので、以下の項目について簡単に記入していただくか、○をつけて下さい。この用紙はカルテと同様に扱われ、秘密として守られます。ご本人が書けないときは、付き添いの方が助けていただいても結構です。記入が終わりましたらあらためてお話をうかがいますので、看護師までお知らせ下さい。

氏名  年齢  才  男・女

今日一緒に来てくださった方はどなたですか？（氏名、ご本人との関係）

こちらを受診されることになったのは、ご自分の希望ですか？（はい・いいえ）

いいえ の場合、どなたが、どのようなご紹介、またはおすすりめがありましたか？

（家族・かかりつけ医・知人・ケアマネージャー・包括支援センター・その他 ）

紹介状は持参されましたか？（はい⇒ 病院名： ・ いいえ）

どのようなことでお困りでしょうか？ あるいはどんな希望で受診されましたか？

付き添いの方が記入される場合は、誰がどのように困っておられるのか お書き下さい。

それはいつごろから始まりましたか？

そのことで、これまでに他の医療機関にかかられましたか？（はい・いいえ）

はい の場合、いつごろ、どこで、どんな検査・治療・説明を受けましたか？

現在お困りのことで、どのようなことを心配されていますか？

裏も記入してください ⇒

以下のうち、これまでにかかった病気はありますか？該当するもの全てに○をつけ、発症したご年齢と通院した医療機関名をご記入ください

				医療機関名
・高血圧	[            ]	歳	(            )	
・糖尿病	[            ]	歳	(            )	
・高脂血症(中性脂肪・コレステロールが高い)	[            ]	歳	(            )	
・高尿酸血症・痛風	[            ]	歳	(            )	
・気管支喘息	[            ]	歳	(            )	
・不整脈	[            ]	歳	(            )	

上記の病気のほかに、大きなけが、手術、入院をしたことがありますか？ある場合は、ご記入ください

				医療機関名
病名	[            ]	[            ]	歳 (            )	
病名	[            ]	[            ]	歳 (            )	
病名	[            ]	[            ]	歳 (            )	
病名	[            ]	[            ]	歳 (            )	
病名	[            ]	[            ]	歳 (            )	

のんでいる薬が ( ある ・ ない ) ⇒ あれば、それはどんな薬ですか？  
お薬手帳などありましたら空欄のままで結構です

お薬はどなたが管理されていますか？ ( 自分 ・ 家族 ・ ヘルパー、看護師 ・ 薬剤師 ・ その他 )

お酒は (昔飲んでいて ・ 飲まない ・ 時々飲む ・ 毎日飲む) ⇒ 種類:            量:            /日

タバコは ( 吸わない ・ 吸う )      アレルギーは ( ない ・ ある \_\_\_\_\_ )

睡眠 ( 眠れている ・ 寝つきが悪い ・ 何回も途中で目がさめる ・ 朝早く目がさめる )

食欲 ( あり ・ なし ⇒            kg やせた )      便秘 ( ふつう ・ 便秘 ・ 下痢 )

ご家庭の状況についてお聞きします

結婚 ( 未婚 ・ 既婚 ・ 別居 ・ 離婚 ・ 死別 )

お子さんはいらっしゃいますか？

( いない ・ いる ⇒            人 )

お住まい ( 一人暮らし ・ 家族と同居 ・ その他 )

生活史についてお聞きします

最後に出た学校名をご記入ください \_\_\_\_\_

職歴 ( なし ・ あり : \_\_\_\_\_ 歳まで )

趣味 ( なし ・ あり : \_\_\_\_\_ )

介護保険は申請されていますか？ ( はい ・ いいえ )

スタッフ記入欄

スタッフ記入欄 年

スタッフ記入欄  
仕事  
小学校区→包括

**元々のご性格について、当てはまると思うもの全てに○をつけてください**

積極的	社交的	孤独を好む	無口
くよくよする	優柔不断	消極的	見栄っ張り
自己中心的	まじめ	頑固	横着
責任感が強い	完璧主義	マイペース	嫉妬深い
おおらか	短気	気難しい	心配性

**次のうちあてはまる症状があれば○をつけてください**

1. 物忘れ 財布や鍵など物を置いた場所がわからなくなる 今日の日付がわからない時がある  
物忘れを認めない できない時に言い訳をする 道に迷う 被害妄想(盗られた等)
2. 頭がはっきりしている時と、そうでない時の差が激しい 幻覚をみる 誰かが家の中に居るという  
身近な人を別人と間違える 小股で歩く 寝言が大きい 寝ぼける 失神や立ちくらみがある
3. 動作がゆっくりになった 悲観的
4. やる気がない 話すのが遅く言葉が不明瞭 飲み込みにくくむせやすい 涙もろい 反応が鈍い
5. 食べ物の好みが変わった(甘いものが好きになった) 食べ過ぎる 怒りっぽくなった 自分勝手  
こだわりが強い 決まった時間に決まったことをしないと気が済まない じっとしていられない
6. ぼんやりしている 失禁 すり足
7. 口数が減った ものの名前が出ない

**以下は、「介護保険を申請している」と答えた方にうかがいます**

(1) 該当する要介護度に○をつけてください。

- ①要支援1 ②要支援2  
③要介護1 ④要介護2 ⑤要介護3 ⑥要介護4 ⑦要介護5

(2) 現在、利用されているサービスについて、当てはまるもの全てに○をつけてください。

- ①デイサービス ②通所リハビリ ③ヘルパー(訪問介護) ④訪問看護 ⑤訪問リハビリ  
⑥訪問入浴 ⑦ショートステイ ⑧福祉用具(レンタル) ⑨住宅改修  
⑩配食サービス ⑪緊急通報装置 ⑫その他(内容: ) ⑬利用していない

(3) 担当のケアマネージャーの名前と所属、電話番号をご記入ください。

ケアマネージャーの名前 .....

ケアマネージャーの所属 .....電話番号.....

ありがとうございました