

受診前問診票

ご記入日：平成 年 月 日

1

1、患者さんについてご記入ください。

ふりがな：

名前：

性別：男・女

お呼びだし時、マイクでお呼びしてもよろしいですか？（はい・いいえ）

生年月日：明治・大正・昭和 年 月 日生まれ 年齢： 歳

住所：〒

(アパート・マンション・施設名)

号室

電話番号： ()

年金受給状況 国民年金 遺族年金 厚生年金 共済年金 障害年金(級)

障害者手帳 身体障害者手帳(級) 愛の手帳(級) 精神障害者手帳(級)

その他(手帳)(級)

2、今回、受診の予約をなさった方は、どなたですか。○を付けてください。

1、患者さんご本人 2、患者さんのご家族 3、その他()

3、受診の予約をなさった方（ご家族など）についてご記入ください。

名前： 続柄： 性別：男・女

患者さんとの居住形態：同居・別居

生年月日：明治・大正・昭和 年 月 日生まれ 年齢： 歳

住所：〒

電話番号：

4、患者さんと同居されているご家族とご年齢を下記にご記入ください。

(記入例:妻(78)、長女(45)、長女の夫(47)、男孫(20)など)

5、主に患者さんに関わっているご家族は決まっていますか。○を付けてください。

決まっている → 受診予約された方

受診予約された方とは別の方(名前： 続柄：)

決まっていない

6、以下の項目について当てはまるものにチェックをお願いします。

聴力 聞こえる 多少聞こえる 聞こえない 不明・補聴器(有 無)

視力 見える 多少見える 見えない 不明

感染症 無 有 (肺結核 B型肝炎 C型肝炎 その他_____)

→ 過去に、肺結核にかかったことが (有 無)

7、食べ物やお薬や注射で気分が悪くなったりじんましんが出たことがありますか。

ない・ある（食物・薬・注射の種類：_____）

8、これまでの生活史について、お伺いします。

(1)ご出身をご記入ください。（ _____ 都・道・府・県）

(2)生まれた頃の親のご職業をご記入ください。（ _____ ）

(3)きょうだいは、何人で、そのうち何番目ですか。

人中 _____ 番目

きょうだいを上から順にご記入ください。（記入例：兄・姉・本人・妹・弟）

--

(4)血縁者の中で認知症にかかった方や精神科にかかった方、自殺された方はいらっしゃいますか。

いる（それはどなたですか？：_____）・ いない

(5)最後に出た学校名をご記入ください。

小学校1年生から数えて何年間学校に通いましたか。

（例：小学校→6年 中学卒業→9年 高等学校卒業→12年）

学校名：_____ 小学1年生以降の通学年数：_____ 年

(6)患者さんは、これまでお仕事をされたことがありますか。 ない・ある

「ある」と回答なさった方は、職歴を下記にご記入ください。

職歴	(_____ 歳～ _____ 歳まで)
	(_____ 歳～ _____ 歳まで)
	(_____ 歳～ _____ 歳まで)

(7)趣味がありますか。カッコ内にその内容をご記入ください。

ない・ある（内容： _____ ）

(8)信仰されている宗教はありますか。 ない・ある(_____)

(9)習慣（長年なじんだ習慣・好み・こだわり等があればご記入ください）

(9)習慣	{	_____
-------	---	-------

9、患者さんは、ご結婚なさっていますか。

はい（ _____ 歳・再婚 _____ 歳）・ いいえ（未婚・離別・死別）

10、お子さんはいますか。いらっしゃる場合は、人数もご記入ください。

いない・いる(_____ 人)

お子さんについて、上から順に性別をご記入ください。（記入例：男・女・女）

--

1 1、もともとのご性格について、当てはまると思うものをすべてに
○を付けてください。

- | | | | | |
|------|------|--------|-------|--------|
| 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 | 完ぺき主義 | マイペース |
| 嫉妬深い | おおらか | 短気 | 気難しい | 心配性 |

1 2、嗜好品についてお伺いします。

・タバコを吸っていますか(いましたか)→ いいえ・はい (歳～ 歳・1日 本)

・お酒を飲んでいますか(いましたか)→ 飲んでいる・飲んでいた・飲んでいない

→ 種類: ビール・日本酒・ワイン・ウイスキー・その他
 (歳～ 歳 / 1日 ml程度 / 週・月 日程度)

1 3、受診を希望された理由を教えてください。現在どのようなことでお困りですか。

1 4、上記の症状はいつからどのように始まりましたか。

年 月 日 (歳)頃から

突然起こった ・ だんだん起こってきた

1 5、上記の症状は、どのように変化していますか。

変わらない ・ 悪くなっている ・ よくなっている

1 6、上記の症状について他の医療機関にかかったことがありますか。

ない ・ ある

以下は、「ある」と答えた方に伺います。「ない」と解答なさった方は →17へ

どちらの医療機関へかかられましたか？

歳	～	歳	医療機関名	入院 ・ 通院
歳	～	歳	医療機関名	入院 ・ 通院

17、患者さんの介護保険およびサービスの利用状況についてお伺いします。

(1) 介護保険は申請していますか はい・いいえ

以下は、(1)で「はい」と答えた方に伺います。「いいえ」と解答なされた方は →18へ

(2) 該当する要介護度に○をつけてください。

(非該当、要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5)

(3) 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○を付けてください。

- ①デイサービス ②ホームヘルパー ③ショートステイ ④配食サービス
 ⑤入浴サービス ⑥訪問看護 ⑦日常生活用具(レンタル) ⑧緊急通報システム
 ⑨住宅改修 ⑩その他(内容:) ⑪利用したことがない

(4) 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 _____

18、以下のうち、これまでかかった病気はありますか。

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。

また、お薬を処方されている方は、お薬の名前をご記入ください

注: 薬の名前がわからない場合は「高血圧の薬」など、お分かりの範囲でご記入ください。

また、処方箋のコピーをお持ちいただく場合は、お薬の欄は空欄のままです。

・高血圧 歳 医療機関名

お薬

・糖尿病 歳 医療機関名

お薬

・脂質異常症(高脂血症) 歳 医療機関名

お薬

・高尿酸血症・痛風 歳 医療機関名

お薬

・気管支喘息 歳 医療機関名

お薬

・不整脈 歳 医療機関名

お薬

・心臓病(狭心症・心筋梗塞) 歳 医療機関名

お薬

・甲状腺疾患 歳 医療機関名

お薬

・脳卒中(脳梗塞や脳出血) 歳 医療機関名

お薬

・頭部外傷(打撲・交通事故等) 歳 医療機関名

お薬

・精神疾患 歳 医療機関名

お薬

・その他(がん・手術など)

病名() 歳 医療機関名

お薬

病名() 歳 医療機関名

お薬

19、上記の病気の他に、大きなけが、手術、入院をしたことがありますか。

病名() 歳 医療機関名

病名() 歳 医療機関名

20、患者さんの現在の状態についてお伺いします。

(1)現在の食欲について、該当する内容を○をつけてください。

普通以上 ・ 普段どおり ・ あまりない ・ ない

(2)現在のおおよそのその睡眠状態と、時間帯をご記入ください。

状態：よく眠れる ・ まあまあ眠れる ・ あまり眠れない ・ 眠れない

時間帯：1日約 時間(午前・午後 時～午前・午後 時頃) ・ 一定ではない

(3)現在のお通じの回数とその状態についてご記入ください。

お通じの回数：1週間に 回程度

お通じの状態：便秘気味 ・ 普通 ・ 下痢気味

21、もの忘れや日常生活の様子について、お尋ねします。

あてはまるところに○をつけて下さい。

回答者に○をつけて下さい。 1、患者さんご本人 2、ご家族 3、その他()

A	もの忘れが多いと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる
1	財布や鍵等、物を置いた場所が分からなくなることがありますか	まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ
2	5分前に話した話を思い出せないことがありますか	まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか	まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ
4	今日が何月何日かわからないときがありますか	まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ
5	自分のいる場所がどこだかわからなくなことはありますか	まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ
6	道に迷って家に帰ってこられなくなことはありますか	まったく ない	ときどき ある	頻繁に ある	いつも そうだ
7	電気や水道やガスが止まってしまったときに、自分で適切に対処 できますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
8	1日の計画を自分で立てることが出来ますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことが出来ますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
10	一人で買い物に行けますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金等の支払いは一人で出来 ますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
13	電話をかけることが出来ますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
14	自分で食事の準備は出来ますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことは出来 ますか	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
16	入浴は一人で出来ますか	問題なく できる	見守りや 声かけを 要する	一部介助 を要する	全介助 を要する
17	着替えは一人で出来ますか	問題なく できる	見守りや 声かけを 要する	一部介助 を要する	全介助 を要する
18	トイレは一人で出来ますか	問題なく できる	見守りや 声かけを 要する	一部介助 を要する	全介助 を要する
19	身だしなみを整えることは一人で出来ますか	問題なく できる	見守りや 声かけを 要する	一部介助 を要する	全介助 を要する
20	食事は一人で出来ますか	問題なく できる	見守りや 声かけを 要する	一部介助 を要する	全介助 を要する
21	家の中での移動は一人で出来ますか	問題なく できる	見守りや 声かけを 要する	一部介助 を要する	全介助 を要する

患者さんの日常生活について、よくご存じの方がご記入ください。
 (いらっしゃらない場合は、ご記入いただかなくて結構です)

記入された方のお名前:

続柄:

22、患者さんの状態について、日々の生活の様子から判断して当てはまるものに○をつけて下さい。

		全 く な い	ほ と な い ん ど	と き ど き あ る	よ く あ る	常 に あ る
1	同じことを何度も聞く					
2	よく物を失くしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする					
3	日常的な物事に関心を示さないことがある					
4	特別な理由がないのに、夜中に起き出す					
5	根拠なしに、人に言いがかりをつける					
6	昼間、長い時間寝ている					
7	むやみに歩き回る					
8	同じ動作をいつまでも繰り返す					
9	乱暴にののしる					
10	場違いな、あるいは季節に合わない服装をする					
11	そぐわない場面で、泣いたり笑ったりする					
12	世話をされるのを拒(こば)むことがある					
13	明らかな理由なしに、物を貯め込む					
14	落ち着きなく、あるいは興奮して、むやみに手足を動かす					
15	引き出しやたんすの中身をすべて出す					
16	夜中に家の中を歩き回る					
17	家の外に出て行くことがある					
18	食事を拒否することがある					
19	食べ過ぎる					
20	尿失禁する					
21	日中、目的なく屋外や屋内を歩き回る					
22	暴力をふるうことがある (殴る、噛みつく、ひっかく、蹴る、唾を吐きかける)					
23	理由もなく、叫び声をあげる					
24	不適切な性的関係を持つようとする					
25	陰部を露出する					
26	衣服をやぶったり、ものを壊したりする					
27	大便を失禁する					
28	食べ物を投げる					

23、以下の項目では、患者さんの日常生活上の動作についておうかがいします。

(1) 患者さんの“歩く・起き上がる・座る動作”について、もっとも近い回答1つに○をつけて下さい

① () 寝たきりで、座ることもできない
② () 寝たきりだが、座ることはできる
③ () 寝たり、起きたりの生活で、歩くときには手押し車などの支えがいる
④ () つたい歩きができる。階段の昇り降りはできない。
⑤ () 杖での歩行ができる。階段の昇り降りは困難である。
⑥ () 短時間、一人で歩くことができる。
⑦ () 正常

(2) 患者さんの“日常生活の行動範囲”について、もっとも近い回答1つに○をつけて下さい

① () 寝たきりであり、寝床の上に限られる。
② () 寝床の周辺だけである。
③ () 自分の部屋だけである。
④ () 家の中だけである。
⑤ () 家の外に出るが、外出はしない。
⑥ () 隣近所程度に外出する。
⑦ () 正常 (隣近所よりも広い)

(3) 患者さんの“衣服の脱ぎ着・入浴”について、もっとも近い回答1つに○をつけて下さい

① () 全面的な介助が必要である。特殊浴槽による入浴である。
② () ほぼ全面的な介助が必要である。(指示に多少従うことができる程度)
③ () 衣服を着るのは難しい。脱ぐときにも部分的に手伝う必要がある。 入浴も部分的な介助を多く必要とする
④ () 衣服を脱ぐことはできるが、着るときに部分的に手伝う必要がある。 自分で部分的に洗える。
⑤ () 衣服の脱ぎ着は遅く、時に不正確なこともある。 髪や足などを洗うことはできない。
⑥ () ほぼ自立しているが、やや遅い。 体は洗えるが、髪を洗うのに介助が必要である。
⑦ () 正常

(4) 患者さんの“食事のとり方”について、もっとも近い回答1つに○をつけて下さい

① () 口から食事をとることができない。
② () 全面的に介助が必要である。
③ () 介助を多く必要とする。途中で、食事を止めることがある。 全部細かく刻む必要がある。
④ () 部分的に介助を要する。食べにくい物をきざむ必要がある。
⑤ () 食事を用意してもらえば、ほぼ自立してとることができる。
⑥ () ほぼ自立している。
⑦ () 正常

(5) 患者さんの“排泄”について、もっとも近い回答1つに○をつけて下さい

① () いつも、大小便を失禁する。尿意、便意がほぼ分からない。
② () いつも大小便を失禁する。 尿意・便意があり、失禁をした時に不快感を示す。
③ () 失禁することが多い。 尿意・便意を伝えることはできるが、常時おむつを着用している。
④ () 時々失禁する。気を配って介助をすれば、ほとんど失禁しない。
⑤ () ポータブルトイレやしびんを使用する。後始末は不十分である。
⑥ () トイレで排泄できるが、後始末は不十分なことがある。
⑦ () 正常

24、以下の各項目のうち、患者さんについて、当てはまるところ
1か所に○をつけてください

どれか1つに○

起床	いつも決まった時間に起きている	
	起こさないと起きないことがある	
	自分から起きることはない	
意思疎通	自分からあいさつする、話しかける	
	あいさつ、呼びかけに対し返答や笑顔が見られる	
	あいさつ、呼びかけに反応がない	
食事	自分ですすんで食べようとする	
	うながされると食べようとする	
	食事に関心がない、全く食べようとしない	
排泄	いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排便、排尿を行う	
	時々尿意、便意を伝える	
	排泄に全く関心がない	
リハビリ・活動	自らリハビリに向かう、活動を求める	
	うながされて向かう	
	リハビリや活動に対して、拒否する、あるいは無関心である	

25、患者さんの日常生活のサポート体制について、当てはまる所に○をつけて下さい。

1	患者さんには、困ったときに相談相手がありますか	いる・いない
2	患者さんには、体の具合が悪いときに相談相手がありますか	いる・いない
3	患者さんには、日常生活を援助してくれる人がいますか	いる・いない
4	患者さんには、具合が悪い時、病院に連れて行ってくれる人がいますか	いる・いない
5	患者さんには、寝込んだ時、身の回りの生活をしてくれる人がいますか	いる・いない

ご本人の介護をされているご家族の方へお聞きします。

26、あなた（記入されている方）の気持ちにもっとも当てはまると思う番号を○で囲んでください

		な思 いわ	思 う た ま に	思 時 う 々	思 よ う く	思 い つ も
1	ご本人の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか	0	1	2	3	4
2	ご本人のそばにいと腹が立つことがありますか	0	1	2	3	4
3	介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか	0	1	2	3	4
4	ご本人のそばにいと、気が休まらないと思いますか	0	1	2	3	4
5	介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか	0	1	2	3	4
6	ご本人が家にいるので、友達を自宅によびたくてもよべないと思ったことがありますか	0	1	2	3	4
7	介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか	0	1	2	3	4
8	ご本人に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	0	1	2	3	4

(平成25年1月4日 作成)
(平成27年6月12日 改訂)