問診票を記載いただく前にお読みください

　問診票に記載いただきありがとうございます。大切なお身内に変化を感じられてから、医療を役立てようとお決めになるまでには、それぞれのご家族なりにさまざまな試行錯誤、迷いがおありになったこととおもいます。当院は認知症に特化して診療をしてまいりましたが、その経験を生かし、医師、スタッフ総力でこれからあなたのお身内を応援してまいります。

　さてそれでは私どもができる「応援」とは、具体的にどんなことなのでしょうか?　そのひとつは正確な診断です。当院に来院される患者様の多くは物忘れで受診されます。しかしその原因はさまざまで、特殊な治療法で治癒が期待できる物忘れもあるのです。当院ではこのような立場から診察、検査はていねいに実施し、その診断結果を詳しく説明するようこころがけています。
　また治療にあたっては、単に物忘れだけでなく、活気がない、怒りっぽい、不適切な言動がある、たとえばお薬の管理など日常生活が自立しなくなった、などさまざまな悩みが発生することがあります。その一つ一つに対して患者様やご家族といっしょに考えていくことも、認知症専門医療機関である私たちの役割だと考えております。

　ただこうした応援をさせていただくにあたっては、可能なかぎり正確な現状把握が必要です。ご家族からはその都度お考えをお聞かせ願うことがありますし、そうした理由から原則として受診は定期的においでいただき、その際ご家族の同伴をお願いしております。専門医療機関だから、援助体制が整っていて同伴受診などのご家族負担がなくなることを期待されることがありますが、そうではありません。この問診票も記載内容が多く、ご負担をおかけしているかと思います。ただこれもよりよい「応援」のための準備ですので、ご理解いただけますようお願いいたします。
　とはいえさまざまなご事情がそれぞれのご家族にありますので、どうしても期待されたような負担は難しいということもおありでしょう。もしそのようなご事情がある場合は、記載の前に当院にご相談ください。いっしょに現実的な対処方法を考えさせていただきます。

　では、問診票にご記載ください。
　よい船出をお祈りいたします！

問　診　票

ふりがな 患者氏名	生年月日 昭和　　年　　月　　日(　　歳)
住所　　〒　　－	自宅 携帯

患者様への理解を深め、治療や生活援助の資料とさせていただくための問診票です。
したがって患者様をよくご存知の家族様に記載頂くことを原則としております。
分かる範囲で結構ですので、記述式と☑でご回答ください。

記入年月日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日
陳述者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(続柄：　　)
TEL：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿携帯電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜　生活歴　＞

●家族関係図

1.　出身地

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2.　ご本人様は兄弟姉妹の中の何番目ですか？

＿＿＿＿人兄弟(姉妹)の＿＿＿番目

3.　教育歴(最終学歴)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(卒業年齢：　　歳)

4.　戦争体験

□あり　　□なし

・「☑あり」の場合、疎開されましたか？

□はい(疎開地：　　)　　□いいえ

・戦争に従軍されましたか？

□はい(戦地：　　)　　□いいえ

5.　職業歴

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(　　歳～　　歳)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(　　歳～　　歳)

最後のお仕事は何歳までされていましたか？＿＿＿＿＿＿歳

6.　結婚年齢

＿＿＿＿＿＿歳

子供さんの年齢と居住地

(続柄：　　、　　歳、居住地　　)(続柄：　　、　　歳、居住地　　)

(続柄：　　、　　歳、居住地　　)(続柄：　　、　　歳、居住地　　)

7.　現在の同居家族構成と年齢

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

8.　転居されたことはありますか？

☐はい　　☐いいえ

・「☑はい」の場合、何歳の時、どこに転居されましたか？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

9.　最近何か大きな出来事はありましたか？(複数回答可)

☐けが　☐病気　☐手術　☐入院　☐親しい人の死　☐身内の結婚　☐住宅購入

・☑があれば具体的にお書きください

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

<　性格・趣味など　>

10. 元来の性格

☐几帳面　☐生真面目　☐頑固　☐マイペース　☐大雑把　☐凝り性　☐勝気

☐内向的　☐社交的　☐怒りっぽい　☐融通が利かない

☐その他(　　)

11. 最近の対人交流

☐あり　　☐なし

12. 趣味・習い事

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

13. 習慣　※最近習慣が中断した場合、その時期もお知らせください

☐散歩　☐家計簿　☐日記　☐買い物　☐その他(　　)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

14. タバコ

□吸う　＿＿＿＿歳まで＿＿＿＿本/日　　□吸わない

15. 飲酒

□飲む　＿＿＿＿歳まで＿＿＿＿＿を＿＿＿＿＿＿/日ていど　　□飲まない

・「☑飲む」の場合、どのような飲み方ですか？

□夜のみ　□朝から　□四六時中　□イベント(お正月・飲み会)時のみ

16. ギャンブル

□競馬　□競艇　□競輪　□パチンコ　□その他(　　)

<　合併症・既往歴について　>

17. 今までにかかったご病気(以前診断されたことがある病名を記入して下さい)

□脳梗塞　□高血圧症　□精神科疾患

□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

18. 現在、以下のご病気はお持ちですか？

□高血圧症　□糖尿病　□耳が聞こえにくい　□目が見えにくい

□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

<　ここからは、今回の受診目的についてうかがいます　>

19. ご家族が変化に気付いたのは、いつ頃ですか？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

なにをきっかけに変化に気付きましたか？(複数回答可)

●認知症の初期からよく見られる症状

□顕著な物忘れ　□同じ話を繰り返す　□約束事を忘れる　□大切な物の紛失

□意欲の低下　□道迷い　□不適切な行動(　　)

□その他(　　)

●認知症以外の病気でもしばしば見られる症状

□怒りっぽい　□被害妄想による言動　□幻視(幻が見える)　□幻聴(幻が聴こえる､独り言が目立つ)　□不眠、昼夜逆転　□その他(　　)

具体的に

(

どなたが気付かれましたか？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

20. 最初に診断を受けたのはどこですか？

□診断あり　＿＿＿年＿＿＿月に＿＿＿＿＿病院で＿＿＿＿＿と診断　　□診断なし

21. 現在もっとも問題となっていることは何ですか？

□暴言　□暴力　□興奮　□不機嫌　□幻視(幻が見える)　□幻聴(幻が聴こえる、独り言が目立つ)　□被害妄想　□元気がない、意欲低下　□夜間不眠、昼夜逆転　□目的もなく歩き回る　□寝ぼけたような要領をえない言動　□食べられないものを口にする

□尿失禁　□便失禁

□その他

（

22. それはいつ頃から目立つようになりましたか？

＜　日常生活のこと　＞

23. 以下、家の外での活動や社会的な手続きのうち、できるものに☑してください

□買物　□金銭管理　□書類管理　□ATM 操作

・できないものは、どなたかが代行していますか？

□はい　(代行者：　　)　□いいえ

24. 以下の家事仕事のうち、できるものに☑してください

□掃除　□洗濯　□炊事

・できないものは、どなたかが代行していますか？

□はい　(代行者：　　)　□いいえ

25. 着替え：季節や目的に応じて選べますか？

□選んで着る　□一式準備すれば着る　□見守りで着ることができる

□一つ一つ声かけで着ることができる　□少し介助が必要　□全て介助が必要

・何日も同じ服を身に着けていることがありますか？

□ある　□ない

26. 入浴：ご自分で身体を洗って、浴槽につかることができますか？

□ひとりでできる　□見守りで入る　□声かけが必要　□少し介助が必要　□全て介助が必要

・入浴を拒否されることがありますか？

□ある　□ない

27. 排泄

□ひとりでできる　□見守りでできる　□声かけが必要　□少し介助が必要　□全て介助が必要

・トイレの場所はお分かりですか？

□わかる　□ときどき迷うことがある　□わからない

・失敗することがありますか？

□ある　□ときどき失敗する　□ない

・「☑ある」や「☑ときどき失敗する」の場合、以下の介護用品を利用していますか？

□綿パンツ　□尿取りパッド　□リハビリパンツ　□オムツ

28. 食事：おはしやスプーンを使って食事はできますか？
□ひとりで食べる　□見守りで食べる　□声かけで食べることができる
□少し介助が必要　□全て介助が必要
29. 整容：できるものに☑してください
□歯磨き　□洗顔　□爪切り　□整髪　□化粧
30. 睡眠
□よく眠れている　□トイレに起きるが眠れている　□夜と日中が逆転している
□明け方によく夢を見る、寝言を言うことがある　□全く眠れない

＜　社会制度・サービスの利用について　＞

31. 要介護度
＿＿＿＿＿＿＿＿有効期限＿＿＿＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿＿＿＿まで
32. 手帳
□精神障害者保健福祉手帳　□身体障害者手帳　□療養手帳
33. 年金
□老齢年金　□厚生年金　□国民年金　□障害年金　□遺族年金
34. 社会資源の利用
□デイサービス　□ショートステイ　□ヘルパー　□訪問看護
□その他(　　)
35. ケアマネージャー
□いる　(事業所名：　　氏名：　　)　□いない
36. 成年後見人はいますか？
□いる　(氏名：　　)　□いない　□今後申し立てを考えている
37. 患者様は運転をされますか？
□免許証を持っていない、または返納した
□免許証を持っているが、まったく運転しない
□運転することがある

＜　その他、医師に伝えたいことがあれば、記入してください　＞

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご協力ありがとうございました

おおにしクリニック　TEL:072-668-1421　FAX:072-668-1423