

記載例

※分かる範囲でお書きください

問診票

来院日： R6 年 ● 月 ● 日 記入者：本人・続柄（長女）

氏名： ■■■ ■■■ 年齢： 80 歳 生年月日： S18 年 ● 月 ● 日 性別： 男・女

1. 本日の受診理由（困っている症状、状況）はどのようなものですか。

・最近物忘れがひどくなった気がする ・以前より怒りっぽくなってきた ・夜眠れない ・食欲がない

それはいつ頃からですか？（ R5 ）年（ 11 ）月頃 もしくは（ ）歳頃

2. 受診のきっかけはどのようなことですか？

自分から 家族のすすめ 知人のすすめ 医療機関のすすめ その他（ ）

・紹介状はありますか？

なし あり

3. これまでかかれた病気、入院歴、手術歴について精神科以外も全て記載してください。

病名	いつ頃	入院の有無	手術の有無	医療機関名	現在
糖尿病・高血圧	H16年 月頃	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(日間)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	〇〇〇医院	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
大腿骨骨折	H30年 10月頃	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(30日間)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	〇〇〇病院	<input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 終了
もの忘れ	R2年 5月頃	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(日間)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	〇〇〇医院	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	年 月頃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(日間)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	年 月頃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(日間)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了

・これまでにMRI検査を受けたことがありますか？

なし あり(7 年前)

・手術などにより体に以下のものはありますか？

心臓ペースメーカー
脳動脈瘤クリップ
人工内耳
ステントやコイル
人工心臓弁
シャントや人工血管
人工骨、人工関節
外傷による金属片(弾丸や釘など)
その他体内に金属、人工物があれば記入ください
()

・本日、以下のものを身につけていますか？

補聴器
義眼
義足、義手
義歯(入れ歯)
歯列矯正器具
コルセット、サポーター
湿布、カイロ
ヘアピン、アクセサリ、かつら
いれすみ
カラーコンタクトレンズ

4. 現在、のんでいるお薬はありますか？

なし あり おくすり手帳を、持っていない 持っている→受付に提出をお願いします。

5. お薬、食物によるアレルギーや副作用歴はありますか？

なし あり (薬、食べ物： そば) (症状： 喘息発作、じんましん)
(薬、食べ物：) (症状：)

6. 現在妊娠していらっしゃいますか？

いいえ はい わからない

7. ご家族について

①ご両親

- ・父 () 歳 亡くなられている場合→ (70 歳時 心筋梗塞)
- ・母 () 歳 亡くなられている場合→ (67 歳時 肺がん)

②兄弟姉妹

□いない いる→男 (3) 人、女 (2) 人の上から (2) 番目

③ご自身の結婚

□未婚 既婚 (27) 歳時 □離婚 () 歳時 □死別 () 歳時 □別居 □内縁

④子ども

□いない いる→ (長男50歳、長女47歳、次女45歳)

⑤現在同居している方

□いない いる→ (妻、長男、長男妻、孫娘1人)

8. 教育・職業歴について

①最終学歴と成績

・学校名 (○○中学校) → 卒業 □在学中 (年) □中退 (年時)

・成績

□上 中 □下

②職歴

□なし あり

職歴の記入をお願いします。

- (S33) 年～ (S44) 年 職業 (機屋 工場勤務)
- (S44) 年～ (H11) 年 職業 (材木屋 製造・運搬)
- (H16) 年～ (H23) 年 職業 (警備員)

9. アルコール、たばこについて

①アルコール

□飲まない □機会があれば飲む 毎日飲む→ (20) 歳から、(酒類 日本酒) を1日 (180 ml)

②たばこ

□吸わない □禁煙した→ (歳から禁煙) 吸う→ (20) 歳から、1日 (10) 本くらい

10. 社会福祉サービスについて

①介護保険サービスについて

□未申請 □申請中 認定済

- 要支援 □1 □2 要介護度 1 □2 □3 □4 □5
- 居宅 (○○居宅介護支援センター) ケアマネジャー (○○○さん)
- 利用中のサービス (○○デイサービス(火・木・土曜))

②障害者福祉サービスについて

□未申請 □申請中 認定済

- 支援区分 □1 2 □3 □4 □5
- 相談支援事業所 (相談支援事業所○○) 相談支援専門員 (○○○さん)
- 利用中のサービス (ヘルパー○○(月曜)、就労支援B型○○(火・水・金曜))

11. 以下のワクチンを接種したことはありますか？また最後に接種したのはいつですか？

□インフルエンザ (年 月) コロナ (R5年10月) □肺炎球菌 (年 月) □接種歴無し

ご記入おつかれさまでした。ご協力ありがとうございました。

R6.1 公益財団法人 松原病院 地域医療課作成