記入日（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

**福　井　記　念　病　院**

**もの忘れ外来　問診票**

**１. ご本人**

|  |
| --- |
| ふりがな：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：　**男　・　女**生年月日：　**大正・昭和**　　　　年　　月　　日生まれ　　年齢：　　　　歳住　　所：〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（建物名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号室電話番号：　　　　　―　　　　　　―　　　　　　　 |

**２. 記入する方**

|  |
| --- |
| ご本人と現在：　**同居　・　別居**ふりがな：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　生年月日：　**大正・昭和・平成**　　　　年　　月　　日生まれ　別居の場合住　　所：〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（建物名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号室電話番号：　　　　　―　　　　　　―　　　　　　　日中の連絡先：　　　　　―　　　　　　―　　　　　　　 |

**３. どなたにすすめられて受診しますか？　該当するものにチェック☑してください。**

|  |
| --- |
| □病院・クリニック　紹介状　**なし　・　あり**　　医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　□地域包括支援センター□保健所、保健センターなど□介護支援事業所、介護サービス事業所（ケアマネージャー, 訪問看護ステーション, 介護保険施設など）* そ　の　他：
 |

**４. 現在お困りの症状について**

|  |
| --- |
| ・お困りの症状（例：もの忘れが多い, 道に迷うようになった, 怒りっぽくなった）（具体的に）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・症状が始まった時期　　　　年　　月　　日（　　　歳）頃　　**突然起こった　・　少しずつ起こってきた** |

**５. 上記の症状で他の医療機関にかかったことが**　　**ない　・　ある**

|  |
| --- |
| 　　　歳～　　　　歳　　医療機関名：　　　　　　　　　　　病名：　　　　　　　　　　　歳～　　　　歳　　医療機関名：　　　　　　　　　　　病名：　　　　　　　　 |

**６. 次のような症状はありますか？　該当するものにチェック☑してください。**

|  |
| --- |
| □できることとできないことの差が大きい□片側の手足に力が入りにくい□急に呂律がまわらなくなった□はっきりしている時とぼんやりしている時のムラが大きい□体を動かしにくい、手足が震える、歩きづらい□寝ている間に大きな声を上げたり、異常な行動をしたりする□臭いがわからなくなった□急に尿を失禁するようになった |

**７.これまでかかった病気に〇をつけ、発症した年齢と受診した医療機関をご記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病名 | 年齢 | 医療機関 | 病名 | 年齢 | 医療機関 |
| 脳梗塞 |  |  | 高尿酸血症（痛風） |  |  |
| 高血圧 |  |  | 気管支喘息 |  |  |
| 糖尿病 |  |  | 心筋梗塞 |  |  |
| 脂質異常症（高脂血症） |  |  | 不整脈 |  |  |

**８.上記の他に、病気や怪我、入院や手術をしたことがあればご記入ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病名または手術した部位 | 発症年齢 | 医療機関 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**９．常用している薬（市販薬やサプリメントも含む）が**　　**ない　・　ある**

　処方内容がわかる書面（おくすり手帳など）のコピーを添付してください。

あるいは、下記に処方した医療機関名と薬の名前を記載してください。

薬の名前がわからない場合は「血圧の薬」などと記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 処方した医療機関名※ | 薬の名前 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※市販薬の場合は「市販薬」と記入してください。

**１０．薬や食べ物で、吐き気や蕁麻疹が出たことはありますか？**

　　**ない・ある**　　（なに：）　　　　　　　　　　で　（どうなった：）

**１２．新型コロナウイルスのワクチンは接種されていますか？　　はい　・　いいえ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1回目 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 2回目 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 3回目 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 4回目 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

**１３．たばこやお酒について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〇をつける | 何歳から何歳まで | 量・種類 |
| たばこを、**いまも吸う・いまは吸わない・吸ったことがない** | 　　　歳～　　　歳 | 　　　　本/日 |
| 〇をつける | 何歳から何歳まで | 量・頻度・種類 |
| お酒を、**飲む・飲まない** | 　　歳～　　歳 | 量：　　　　mL/日　 頻度：　　　日/週・月種類：ビール, 日本酒, 焼酎, ワイン, ウイスキー,酎ハイ(5％・7％・9%の350mL・500mL缶を　 缶）その他（　　　　　　　　　）  |

**１４．ご本人の状況**

|  |
| --- |
| 食　欲：　**ふだん以上　・　ふだんどおり　・　ふだん以下　・　食べない**睡　眠：　**眠れている　・　あまり眠れない　・　眠れない**　　　　　毎日　　　　　時　～　　　　　時頃（約　　　　時間）・日によって異なる外　出：　**外出する　・　外出がやや減った　・　外出しない** |

**１５．生活歴**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 兄　弟：ご兄弟を上から順にお書きください。ご健在の方に〇をつけてください。　　　　（記入例：姉・本人・・）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ご本人は　　　人兄弟の　　　番目）学　歴：最後に出た学校の名前と教育年数をお書きください。　　　　学校名：　　　　　　　　　　　　　　　教育年数：　　　年　　　　　　　　　　　　　　（例：小学校卒→６年、中学校卒→９年、高校卒→１２年）結婚歴：　**ない　・　ある**同居者：現在ご本人は一人暮らしですか？そうでない場合、同居の方をお書きください。　　　　**一人暮らし**・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　例：妻,　長男　　子　供：　**ない　・　ある**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 年齢 | 居住地 | 本人と同居か | 健在か |
| 例：長男 | ４３歳 | 横浜市 | 同居・別居 | 健在・死亡 |
|  | 　　　歳 |  | 同居・別居 | 健在・死亡 |
|  | 　　　歳 |  | 同居・別居 | 健在・死亡 |
|  | 　　　歳 |  | 同居・別居 | 健在・死亡 |
|  | 　　　歳 |  | 同居・別居 | 健在・死亡 |

家族歴：血のつながりがある家族で、認知症、脳血管の病気、精神科の病気にかかられた方はいますか？

|  |  |
| --- | --- |
| 続柄 | 病名 |
| 例：父 | 認知症・脳血管疾患（脳梗塞・脳出血・その他（　　　　　　　））・精神科疾患（　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 認知症・脳血管疾患（脳梗塞・脳出血・その他（　　　　　　　））・精神科疾患（　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 認知症・脳血管疾患（脳梗塞・脳出血・その他（　　　　　　　））・精神科疾患（　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 認知症・脳血管疾患（脳梗塞・脳出血・その他（　　　　　　　））・精神科疾患（　　　　　　　　　　　　　　） |

職　歴：ご本人は仕事をしていたことがありますか？

|  |
| --- |
| 内容 |
| （　　　歳～　　　歳まで） |
| （　　　歳～　　　歳まで） |
| （　　　歳～　　　歳まで） |

趣　味：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利き手：　**右　・　左** |

**１５．介護保険や福祉サービスの利用状況**

|  |
| --- |
| 介護保険：**未申請・****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**現在利用中のサービス　　　　　**デイサービス・ホームヘルプ・ショートステイ・訪問看護・****通所リハビリ・訪問リハビリ・その他（　　　　　　）・利用していない** |

**１６．過去１週間について、下記の全質問27項目に答えてください。**

**　　認められなければ0に〇をつけ、認められれば重症度と負担度に点数をつける。**