

問 診 票

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		男	生年月日
氏 名		女	大・昭 年 月 日 (歳)
住 所	〒 -		
自宅電話	(本人・家族)	※今後、病院名で電話を差し上げても構いませんか？	
携帯番号	(本人・家族)	はい／いいえ⇒希望方法：	
◎ この用紙にお答えして頂くのはどなたですか？			
1・患者様本人 2・同伴者様 氏名() 続柄() 連絡先()			
◎ 当院を選んだ理由は何ですか？			
1. 家族の紹介 2. 市役所の紹介 3. 当院のホームページ 4. インターネット (紹介サイト、口コミ)			
5. 保健所の紹介 6. その他 ()			

☆ 個人情報として慎重に扱いますので、できる範囲でお答えください。

☆ クリニック内で、お名前を呼ばれたくない方は、当院スタッフにお伝えください。

ご本人の ご家族について 教えてください

① 現在、結婚していますか？

いる ⇒ 妻／夫の氏名： (歳) (初婚・再婚)

いない ⇒ (未婚・離別・死別)

② 子どもはいますか？

1、氏名： (歳) (市・町・村)

2、氏名： (歳) (市・町・村)

3、氏名： (歳) (市・町・村)

4、氏名： (歳) (市・町・村)

③ 一緒に住んでいる方のお名前、ご関係を教えてください。 ⇒ いない・いる

1、氏名： (歳) (続柄) (自宅・施設 施設名：)

2、氏名： (歳) (続柄) (自宅・施設 施設名：)

④ 1番積極的にかかわっている方はどなたですか？ ⇒ いない・いる

1、氏名： (歳) (続柄) (TEL)

2、氏名： (歳) (続柄) (TEL)

問 診 票

- ・ 屋外歩行 ⇒ ☐自立 ☐介助があればしている ☐していない
- ・ 車椅子 ⇒ ☐用いていない ☐主に自分で操作している ☐主に他人が操作している
- ・ 歩行補助具・装具の使用 ⇒ ☐用いていない ☐屋外で使用 ☐屋内で使用
- ・ 利き手 ⇒ ☐右利き ☐左利き

症状について 教えてください。

① 該当するものにマル○をお願いします。

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| ・ 同じ事を何度も言う () | ・ しまい忘れ () |
| ・ もの忘れ () | ・ 意欲の低下 () |
| ・ 夜寝ない () | ・ 日中によく居眠りする () |
| ・ 夜間興奮する () | ・ 意思の疎通がはかれない () |
| ・ 不潔行為 () | ・ 妄想にとわれている () |
| ・ 動作がにぶい () | ・ 幻覚がある () |
| ・ 介護への抵抗 () | ・ 徘徊・迷子 () |
| ・ 転びやすい () | ・ 怒りっぽい () |
| ・ しっかりしている時とぼんやりしているときの差が激しい () | |

② いま、1番お困りのことは何ですか？

③ いつから、どのような症状が出ていますか？

○ 会計時、明細書を無料発行することが出来ますが、希望されますか？ ⇒ (はい ・ いいえ)

ご記入ありがとうございました。

美唄すずらんクリニック