

## 【診察申込書／問診票】

陽和病院では、初診時にスムーズな診察を行うため、事前に「診察申込書／問診票」のご記入をお願いしております。ご記入は、ご本人またはご本人の様子がよくお分かりになる方が、ご記入ください。不明な項目は、空白のまま、初診の当日に受付へ提出をお願い致します。初診当日は診療時刻の15分前にお越しください。診療前に各種検査(頭部CT撮影、血液検査、心理検査など)を施行した後、医師の診察となります。ご不明な点がございましたら、相談室までお電話にてご連絡ください。

陽和病院 相談室03-3923-0325

## 【初診時のお持ち物】

\*お持ちの物だけで結構です

- 健康保険証(マイナ保険証)
- 高齢受給者証・後期高齢医療証
- お薬手帳
- 診察申込書/問診票記入
- かかりつけ医からの紹介状(診療情報提供書)

## 【マイナ保険証について】

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意します

同意者名

(フリガナ)

男

生年月日(西暦 年)

お名前

女

大・昭・平・令 年 月 日

(〒 - )

住所

電話

( )

保険

国保・健保・後期(本人・家族)生活保護( 福祉・担当 氏)

紹介状(有・無)

病院・診療所・クリニック より

緊急連絡先

お名前

(続柄 )

生年月日

西暦

年

月

日

住所

〒

電話

( )

お名前

## 現在のお体の状態について

下記の質問にお答えください。

1. 過去6ヶ月以内の体重について

3キロ以上増加した 変わらない 3キロ以上減った

2. 体でご不自由なところや痛いところがありますか？ ある場合はその場所を教えてください

[ ]

3. 移動する時は道具を使いますか？ 使わない 手すりをつたう 杖 車いすその他（ )

4. 日常生活の中で、お一人で行うことが難しくなっていることはありますか？

排泄 食事を食べる 入浴 着替え整容（歯を磨く・顔を洗う・ひげを剃るなど）すべてご自身で行うことが出来る すべて一人では難しいその他（ )

5. 4で「難しいことがある」とお答えになった方は、その行為にどのような介助が必要か教えてください

[ ]

お困りのこと		
今回の受診の目的はどのようなことですか		
今、お困りのことや解決したいことはどのようなことですか		
今、お困りのことや解決したいことについて、いつ頃から気になり始めましたか		
これまでに、この困り事を別の病院で相談したことがありますか	ある	「ある」場合はその病院名を教えてください
		病院名 ( )
	ない	診療科 ( ) 受診時期 ( )

下記に当てはまるご様子があれば○を記入してください		
様子	ある場合は○	いつ頃からみられましたか
1.聞いたことをすぐに忘れる		
2.同じ話を繰り返す		
3.物のしまい忘れが増えた		
4.火や水の不始末がある		
5.今日の日付があいまいである		
6.計算が苦手になった		
7.話をうまく相手に伝えられない		
8.仕事や家事が段取りよくこなせない		
9.外出がおっくうである		
10.特に理由はないがイライラする		
11.気分が沈みがちである		
ご親族の中で、認知症あるいは精神科を受診されていた方はおられますか いる ・ いない		
「いる」場合は、その方についてご記入ください 続柄 ( ) 病名 ( )		

からだのこと					
利き手はどちらですか	右手	左手			
これまでに、右記の病気にかかられたことはありますか（あてはまる項目に○）	病名	ある場合は○	いつ頃	病気の経過	
	高血圧症		才頃	治療中	治療していない
	糖尿病		才頃	治療中	治療していない
	高脂血症		才頃	治療中	治療していない
	脳梗塞		才頃	治療中	治療していない
	脳出血		才頃	治療中	治療していない
上記以外の大きな病気やケガについて、ご記入ください	いつ頃	病名			
		才			
		才			
		才			
現在、通院している病院をご記入ください	病院名と診療科	通院している理由の病名			

生活のこと			
生まれた場所		育った場所	
養育者の職業		最終学歴	
ご本人を含めて、兄弟姉妹は何人おられましたか	総勢	人中上から	番目
		同姓のなかでは上から	番目
職歴	（ 才～ 才）		
	（ 才～ 才）		
結婚暦	未婚・既婚・離婚・死別	結婚した年齢	才
お子さんについて	息子さん・・・	人（生年	
	娘さん・・・	人（生年	
現在、一緒に暮らしている方はどなたですか			
性格			
趣味・特技			
アルコール	飲まない・機会があれば飲む・毎日 / 1日あたりの量（ ）		
たばこ	吸わない・吸う / 1日あたりの本数（ ）		
食品アレルギー	なし あり（ ）	薬品アレルギー	なし あり（ ）

介護保険について 「当てはまる箇所を○で囲むか、介護度を記入してください」			
要介護度	未申請・申請中・要支援（ ）・要介護（ ）		
利用している			
サービス			
居宅介護支援事業所	事業所名		ケアマネジャー