

【問診票記入のお願い】

陽和病院では、外来初診時にスムーズな診察を行うため、事前に問診票の記入をお願いしております。

記入に際しましては、ご本人あるい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、空白のままで結構ですので、外来初診の当日に受付へ提出をお願い致します。

【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
- 高齢受給者証・後期高齢医療証
- かかりつけ医からの紹介状（診療情報提供書）
- お薬手帳
- 問診票
- 現在のお体の状態について

様の外来初診日は				
令和	年	月	日	()
		時	分	から

初診当日は、先に各種検査（頭部 CT 撮影、血液検査、心理検査など）を施行した後に医師の診察となります。

なお、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

電話：03-3923-0325

FAX：03-3923-0338

2019.8 改訂

現在のお体の状態について

記入日 令和 年 月 日

患者様名 _____

記入者名 _____

(続柄 _____)

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

[_____]

問 診 表

	記入日	令和	年	月	日
	記入者名	(続柄)			
受診される方	フリガナ				
		性別 男性 女性			
生年月日	明治	大正	昭和	年	月 日 歳
住所					居住形態
					同居 独居 施設
緊急連絡先	氏名	様 (続柄)			電話

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
	ない	診療科 () 受診時期 ()
病院名 ()		
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	