

初めて受診される方へ

ご記入のうえ、保険証と一緒に窓口へお渡してください。 記入日：令和 年 月 日

記入者名：		続柄（本人・その他）		
受診者名	フリガナ：	生年月日：明・大・昭・平		
	氏名：	様（男・女）	年 月 日	
	住所：〒			
	電話番号：（ ）		／携帯番号：（ ）	
	*今後病院名でお電話差し上げても構いませんか？			はい/いいえ
緊急連絡先名：		続柄（ ）		
住所：〒				
電話番号：（ ）		／携帯番号：（ ）		
*今後病院名でお電話差し上げても構いませんか？			はい/いいえ	

<以下の項目にご回答をお願いいたします。分からない項目はそのままで結構です。>

1. 障がい年金を受給しておられますか？ はい ・ いいえ

【はい】の場合 1) 種類は何ですか？ (国民 ・ 厚生 ・ 共済)
お答えください。 2) 何等級ですか？ _____ 級
2. 障がい者手帳をお持ちですか？ はい ・ いいえ

【はい】の場合 1) 種類は何ですか？ (身体 ・ 療育 ・ 精神)
お答えください。 2) 何等級ですか？ _____
3. 介護サービスは受けておられますか？ はい ・ いいえ

【はい】の場合お答えください。

1) ケアマネジャーはどなたですか？ _____

2) 事業所はどこですか？ _____

3) 要介護度はどうですか？ 要支援1・2/要介護度1・2・3・4・5
4. 障がい福祉サービスは受けておられますか？ はい ・ いいえ

【はい】の場合お答えください。

1) 相談支援専門員はどなたですか？ _____

2) 事業所はどこですか？ _____

3) 障がい支援区分はどうですか？ 区分（1・2・3・4・5・6）
5. 関連医療機関「こころクリニックせいわ」について

1) 受診したことがある 2) 受診したことはない 3) 現在初診予約中

問診票

ID _____

お名前： _____ 記入日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

＜以下の項目にご回答をお願いいたします。記入したくない項目や分からない項目はそのままで結構です。なお、当院は個人情報保護法を遵守しております。＞

1. 本日こられたのは、

- 本人の希望で来院した 家族のすすめ 知人のすすめ 他の医療機関の紹介
 入院を希望 その他 (_____)

2. どのようなことでお困りですか？

- いらいらする 不安な気持ちになる 怒りっぽい 落ち着かない 夜なかなか寝付けない
 夜中に何度も目を覚ます 眠った気がしない 気分がゆううつ 食欲がない 食べても味がしない 何事にも意欲が起こらない 乗り物などに乗れない 人が自分のうわさをする
 いない人の声が聞こえる 動悸がする 息苦しくなる 頭痛がする 身体がだるい
 最近物忘れがひどい お酒がやめられない その他 (_____)

3. 2のようなことはいつ頃から始まりましたか？

- ・ (_____) 日くらい前 ・ (_____) 週間くらい前 ・ (_____) ヶ月くらい前
・ (_____) 年くらい前

4. 今の症状でどこかの病院を受診したことがありますか？ ある ・ ない

【ある】とお答えの方は医療機関名と時期を教えてください。

- 例) ●●クリニック 2012年5月～2014年3月
1) _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月
2) _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月
3) _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月

5. 今までに体の病気で入院や通院をしたことがありますか？ ある ・ ない

また現在かかっている病気はありますか？ ある ・ ない

何歳のときに？ どんな病気で(わかれば病名も)？ どの医療機関？

- 例) 24歳 胃潰瘍 △△医院
例) 35歳から現在 高血圧症 ××内科
1) _____ _____ _____
2) _____ _____ _____
3) _____ _____ _____

6. 現在飲んでいる薬がありますか？ ある ・ ない

*お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒に受付にお渡しください。

☆ご家族・付き添いの方にお聞きします。(問3. 4. 5)

3.ご家族、付き添いの方からみて受診に至った動機は次のどれになりますか？

(あてはまるものすべてに☑をつけて下さい)

- 以前はなかった本人のもの忘れが最近始まった
- 以前からあった本人のもの忘れが、最近ひどくなってきた
- もの忘れに加えて、奇妙なことをいうなど、以前にはなかった症状が始まった
- かかりつけの先生に受診を勧められた (病院名)
- 介護保険の書類を作成したい
- 後見人の書類を作成したい
- その他 ()

4.以下の症状がご本人にはありますか？

当てはまる場合は「はい」に、当てはまらなければ「いいえ」に○をつけて下さい。

「はい」の場合には(いつ頃からかも())内にあわせてご記入ください)

- | | | |
|-----------------------|--------|-----|
| ① 物の置き忘れやしまい忘れが多くなった | はい () | いいえ |
| ② 同じことを何度も聞くようになった。 | はい () | いいえ |
| ③ 火の不始末がある | はい () | いいえ |
| ④ 外出しなくなり、人との付き合いをさける | はい () | いいえ |
| ⑤ 会話がなくなった | はい () | いいえ |
| ⑥ 家でじっとして何もしなくなった | はい () | いいえ |
| ⑦ うまく歩けなくなった | はい () | いいえ |
| ⑧ 外出すると迷子になる | はい () | いいえ |
| ⑨ 人の名前や物の名前が出てこない | はい () | いいえ |
| ⑩ 人に物を盗まれたということがある | はい () | いいえ |
| ⑪ 夕方や夜になると人が変わったようだ | はい () | いいえ |
| ⑫ 実際にはないものが見えているようだ | はい () | いいえ |
| ⑬ シャツやズボンを自分で着られない | はい () | いいえ |
| ⑭ トイレを失敗することがある | はい () | いいえ |
| ⑮ 一人で入浴することができない | はい () | いいえ |
| ⑯ 家族の顔がわからなくなることがある | はい () | いいえ |

5. 特に今回受診するに至った症状は何ですか？

その症状について、悪くなるきっかけがありましたか？

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....