

脳神経内科 問診票 (ご家族様記入用)

年 月 日

フリガナ
患者氏名 _____ 年齢 _____ 歳 _____ 男 ・ 女 _____

記入者氏名 _____ 続柄 _____

家族連絡先：氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 _____

1. 受付時にマイナ保険証による診療情報の取得に同意されましたか。 いいえ はい
2. 本日、受診された理由を教えてください。(あてはまるものに全て✓を入れてください)

- ご自身が物忘れを心配して
家族が物忘れを心配して
脳の精密検査を希望
もの忘れの治療を希望
人に勧められて ⇒誰からですか ()
その他 ()

3. 現在、どの様な症状がありますか。(あてはまるものに全て✓を入れてください)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 物忘れ | <input type="checkbox"/> しまい忘れ |
| <input type="checkbox"/> 探し物が増えた | <input type="checkbox"/> 5分前に聞いた話を思い出せないことがある |
| <input type="checkbox"/> ものごとの興味・関心が薄れた | <input type="checkbox"/> 親しい人の顔や名前がわからなくなる |
| <input type="checkbox"/> 薬を飲み忘れる | <input type="checkbox"/> 火の消し忘れがある |
| <input type="checkbox"/> 電気の使い方がわからない | <input type="checkbox"/> 電気のスイッチの場所がわからない |
| <input type="checkbox"/> 夜、眠れない | <input type="checkbox"/> リモコンのボタンの位置がわからない |
| <input type="checkbox"/> 聞こえないものが聞こえるという | <input type="checkbox"/> 見えるはずのないものが見えるという |
| <input type="checkbox"/> 同じものを買ってくる | <input type="checkbox"/> 日付がわからなくなる |
| <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 | <input type="checkbox"/> 入浴や着替えを嫌がる |
| <input type="checkbox"/> 外出しなくなった | <input type="checkbox"/> 道に迷うことがある |
| <input type="checkbox"/> 日中よく居眠りをする | <input type="checkbox"/> 落ち着きがない |
| <input type="checkbox"/> 性格が変わった | <input type="checkbox"/> 動きが遅くなった |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすくなった | <input type="checkbox"/> 簡単な計算ができなくなった |
| <input type="checkbox"/> 手足がふるえている | <input type="checkbox"/> 寝言が多くなった |
| <input type="checkbox"/> トイレがうまくできない | <input type="checkbox"/> 仕事(家事)に支障が出ている |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

()

4. もの忘れは、いつ頃から気になるようになりましたか。また、そのきっかけになった出来事も教えてください。

いつ頃から：(日位前・ 週間前・ ケ月前・ 年前)

きっかけとなった出来事

[]

5. 今、一番お困りごとは何ですか。詳しくご記入下さい。

[]

6. 現在、治療中の病気がありますか。

ない ある 例：〇歳 高血圧

[]

7. 今までに入院、手術などをして治療したことはありますか。

例：〇歳 虫垂炎 手術

[]

8. 今、飲んでいる薬はありますか。

ない ある →お薬手帳をご提示ください。(お持ちでない方はご記入ください)

(お薬の名前：)

9. アレルギーはありますか。

ない ある ⇒ 食物 ()

薬物 ()

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎

その他 ()

10. お酒は飲みますか。

飲む：1日何を（ ）量（ ） 機会飲酒 飲まない

11. たばこは吸いますか。

吸う：1日（ ）本、（ ）歳から たばこを吸っていた（ 歳 ～ 歳）

吸ったことがある（ ）年前から禁煙した 吸ったことがない

12. 現在、車の運転状況について（あてはまるものに✓を入れてください）

している していない したいようだが止めている そのことで困っている

免許を返納した

13. 介護保険の認定は受けていますか。（あてはまるものに✓を入れてください）

受けていない 申請中

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

14. 利用中のサービスはありますか。（あてはまるものに✓を入れてください）

デイサービス デイケア ヘルパー ショートステイ

訪問看護 通所リハビリテーション 小規模多機能型居宅介護

その他（ ）

15. ご本人の普段の過ごし方を教えてください。（あてはまるものに✓を入れてください）

テレビ 読書・新聞 仕事 炊事 掃除 洗濯

散歩 庭のこと 買い物 畑仕事 趣味 サークル活動

友人との会話 寝ている リハビリ デイサービス、デイケア

家族の介護 その他（ ）

16. ご本人と同居している家族を教えてください。

17. 他、気になること、希望などございましたら教えてください。