**〈 問 診 票 〉**　　　　　　　　　　　　　　**FAX番号：０５９－３４7－６１００**

※**ボールペンで記入してください。**鉛筆や消すことのできるボールペンでは、記入しないでください。

　　　　　　　　　　　　　　　　※**問診票は、ご自身でコピーを取って、お手元に保管してください。**

●**かかりつけ医があれば**、ご記入ください。　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

・下記の質問にご回答ください　　※あてはまる該当項目には□に✔をしてください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **性　　別** |
| **患者氏名** |  | **男　性** | **女　性** |
| **生年月日** | **大正・昭和・平成** | **年　　　月　　　日** | **歳** |
| **住　所** | **〒　　　　　-** |
| **電話番号****携帯番号** |  |
| **家族代表者氏名** |  | **本人との関係** |  |
| **家族連絡先** | **（固定電話）****（携帯電話）** |

* **もの忘れが気になり始めたのはいつからですか？**昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日頃から
* **現在、どのような症状がありますか？　　〈複数回答可〉**
	+ 同じことを繰り返し言う・問う・行う　　　　□　約束の日時や場所を間違える
	+ しまい忘れ・置き忘れが増えた　　　　　　　□　慣れた道でも迷うこと　がある
	+ 新しいことが覚えられない　　　　　　　　　□　会話のつじつまが合わない
	+ 料理・片付け・計算・運転等のミスが増えた　□　物事に対して意欲が無くなった
* **その他周囲からの気づき、症状や困りごとを下の空欄に記入してください。**
* **日常生活動作について**　　　※該当する方を〇で囲んでください。
* 自分で食事を摂ることが（できる・できない）　■　一人で移動することが（できる・できない）
* お風呂に一人で入ることが（できる・できない）　■　着替えを一人ですることが（できる・できない）
* 意欲をもって身だしなみを整えることが（できる・できない）
* 掃除は完全におこなうことが（できる・できない）
* 洗濯は完全におこなうことが（できる・できない）
* 買い物は全て自分で（できる・できない）
* 食事内容を計画し、必要な材料の準備や料理を作ることが（できる・できない）
* 薬の管理を自らおこなってきちんと服用することが（できる・できない）
* 金銭管理（支払い・銀行預金）を自らおこなうことが（できる・できない）
* 自宅の電話又は携帯電話を使用してかけることが（できる・できない）
* タクシー・バス・電車を利用して外出することが（できる・できない）
* **下記のような症状はありますか？**　　※あてはまる該当項目には□に✔をしてください。
	+ 妄想　事実でないとわかっていることを信じ込んでいる。
	+ 幻覚　実際にないものが聞こえたり見えたりする。
	+ 興奮　介助を拒んだり、扱いにくくなるときがある。
	+ うつ　悲しそうであったり、落ち込んでいるように見えたり、そのように言ったりする。
	+ 不安　落ち着かない、息苦しさや溜息、リラックスができない。適度に緊張している等の

　　　神経質さを示す。

* + 多幸　適度に機嫌が良かったり、幸せそうであることがある。
	+ 無関心　自身の日常生活や他人の活動・計画に関心が無くなっているように見受けられる。
	+ 脱抑制　見ず知らずの人にあたかも知人のように話しかけたり、他人の感情を傷つけることを

　　　　言ったりする。

* + 易怒　気難しく怒りっぽい、計画が遅れたり待たされたりすることに我慢ができなくなる。
	+ 異常行動　家の周囲を歩いたり、ボタンや紐を弄んだりなど、同じ行動を繰り返すことがある。
* **現在罹患している病気**
	+ 高血圧　　　□　糖尿病　　　□　不整脈　　　□　高脂血症　　　□　脳血管障害
	+ 精神疾患　　□　心疾患　　　□　頭部外傷　　□　胃切除　　　　□　骨粗鬆症
	+ ペースメーカー埋込術　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* **血縁者に認知症の方は**　　　　□　いる　　□　いない　　・続柄（　　　　　）
* **嗜好品について**

・たばこ　　　□　現在喫煙中　　□　過去に喫煙していた　　□　喫煙歴なし

・お酒　　　　□　現在飲酒している　　□　過去に飲酒していた　　□　飲酒歴なし

* **介護保険認定について**

□なし　□あり　＜要支援1・2／要介護1・2・3・4・5＞介護保険有効期限　　年　　月　　日まで

* **担当ケアマネージャー**　□なし　□あり　／　担当者名　　　　　　　　　所属
* **利用サービス**

□あり　□なし　※　利用ありの方は、以下にサービス事業所施設名称・利用曜日をご記入ください。

**〈デイサービス〉利用施設名：　　　　　　　　　　　　　　利用曜日：**

**〈ショートステイ〉利用施設名：**

* **運転について**□　あり　□　なし　　　・公安委員会からの診断書（有・無）
* **難聴**□あり　□なし**・**ありの方のみ難聴の程度は→　□　軽度　　□　中等度　　□　高度
* **診療時間内で、ご家族が電話に出られる時間帯を教えてください。（　　　　　　　　　　　　　　）**

　　　　　　　　　**この用紙は提出不要です。問診票のみ自身でコピーを取り手元に保管して下さい。**

**《重要\_お願い事項》**

1. **問診表回答後は速やかに提出**をお願いします。

※　提出方法：「郵送」「FAX」「直接お届け」「メール」いずれでも結構です。

1. かかりつけ医（主治医）がお見えになる場合には、一度ご相談頂き**もの忘れに関する「診療情報提供書」の作成**を依頼してください。　「三原クリニックより患者情報を希望している」旨伝えてください。
2. 問診表回答書類が届き次第、専門担当者より家族代表者の方へ相談日時を連絡いたします。
3. 特にペースメーカーなど体内に金属がある場合は、MRI検査を受けることができません。
4. 受診当日は必ずご家族と一緒に来院ください。

６．聴き取りの際は、おいたち・既往歴などもお聞きします。あらかじめ整理し、聴き取りがスムーズに

進むようご協力お願いします。

医療法人社団 三原クリニック

〒510-0891　　三重県四日市市日永西三丁目1-21

TEL　059-340-3611（認知症疾患医療センター専用）

**FAX　059-347-6100**

**Mail miharaclinic3611@outlook.jp**

窓口：山中・服部