

〈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○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 事実でないと思っていることを信じ込んでいる。
- 幻覚 実際には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

● 血縁者に認知症の方は ☐ いる ☐ いない ・続柄 ()

● 嗜好品について

● 介護保険認定について

■ 担当ケアマネジャー ☐ なし ☐ あり / 担当者名 所属

■ 利用サービス

〈デイサービス〉 利用施設名：

〈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。（ ）

- 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。

2. 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。

3. 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。

4. 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。

5. 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をお願いします。

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