

問 診 票

診察にあたり、重要な情報となります。ご記入をお願いいたします。

フリガナ() 生年月日 年 月 日 (才)
氏名; _____ (男 ・ 女) 身長(cm)体重(kg)

1. 最もお困りの症状を教えてください

()

2. その症状はいつ頃から見られるようになりましたか

_____ 年 _____ 月ごろ

3. 現在あてはまる症状の項目にチェックしてください

記憶力の低下

(同じことを聞く、物を置いた場所を思い出せない、家族の名前や関係が分からない)

今まで出来ていた仕事や家事ができない

慣れているはずの道に迷うことがある

お金を使っての買い物ができなくなった

意欲の低下、活動の減少がみられる

無表情・無感動の傾向がみられる

気分の落ち込みがある

怒りっぽい

非常識な行動を平気でする

必要以上に同じ行動を繰り返す(同じ物を買う、同じ場所を歩く)

一般的な単語を思い出せない、理解できない

言葉がスムーズに話せない

手足の麻痺(力が十分に入らない)がある

手の震えがある

幻覚・幻聴(ないものが見える、聞こえる)がある

妄想(事実ではないことを思い込む、訂正できない)がある

身だしなみに無頓着になる

立ちくらみや失神がよくおこる

尿・便失禁がある

その他、気になる症状があればご記入ください

()

4. 現在治療中・受診中の病気はありますか。複数ある場合はそれぞれにご記入ください

※お薬手帳をお持ちの場合は、処方薬の記載が不要です。

・医療機関名(病院・クリニック)()

受診科() 病名・症状()

いつ頃から() 処方薬()

・医療機関名(病院・クリニック)()

受診科() 病名・症状()

いつ頃から() 処方薬()

・医療機関名(病院・クリニック)()

受診科() 病名・症状()

いつ頃から() 処方薬()

※裏面に続きます

5. その他、現在お飲みの市販薬や、サプリメントなどをご記入ください。

()

6. 薬や注射、食べ物でのアレルギーはありますか？（ はい ・ いいえ ）
品名をご記入ください()

7. 入院経験はありますか？(はい ・ いいえ)

病名・症状() 大体の期間(~)

病名・症状() 大体の期間(~)

病名・症状() 大体の期間(~)

8. 今までに頭部の検査(CT・MRI)を受けたことがありますか？

(はい ・ いいえ) → いつ頃ですか？(頃)

どちらの病院でしょうか？()

8 お酒・タバコはのまれますか？

・お酒(アルコール)について 頻度(毎日・週数度・たまに・飲まない)

種類() 1回の量()

・タバコ1日あたりの本数(本/日・吸わない)

9. 信仰している宗教はありますか？（ はい ・ いいえ ）

宗教名をご記入ください ()

10. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？(はい ・ いいえ)

11. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？(はい ・ いいえ)

12. この1年間に検診(特定健診及び高齢者検診に限る)の受診はありますか。(はい ・ いいえ)

13. 女性の方へ、現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか

(妊娠中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中 ・ いいえ)

14. 当院を何でお知りになりましたか 当てはまる項目にチェックしてください

以前より知っている 知人の紹介 インターネット・ホームページ 医療機関より紹介

新聞 雑誌 電話帳 看板 その他()

紹介状(診療情報提供書)、お薬手帳をお持ちの方は、問診票と合わせてご提出ください。

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。