

問診票

※□にチェック、あるいは必要項目に○印、()等に内容をご記入ください。(太枠内は職員が記入します。) この情報は診療目的以外で使用することはありません。

紹介状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	医療機関名	
-----	--	-------	--

患者さん氏名		男・女	生年月日	年	月	日						
身長	cm	体重	kg	体温	°C	脈拍	回/分	SpO ₂	%	血圧	/	mmHg

1 障害者手帳はお持ちですか。

<input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 精神障害	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 身体障害

2 介護保険は申請していますか。

<input type="checkbox"/> いいえ			
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 申請中	要支援	1 2
サービスを利用		<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない
		要介護	1 2 3 4 5

※(「いいえ」と答えた方は4へ)

3 2で「はい」と答えた方にお伺いします。現在、どのようなサービスを利用されていますか。

<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> デイケア	<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他 ()			

4 今、1番困っていること、医師に相談したいことはどんなことでしょうか。

5 それはいつ頃からですか。

	年	月	歳頃から
--	---	---	------

6 これまでに精神科(神経科、心療内科)の受診歴がありますか。

<input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> ある	通院・入院	医療機関名	年齢 歳 期間 ~
	通院・入院	医療機関名	年齢 歳 期間 ~
	通院・入院	医療機関名	年齢 歳 期間 ~

7 精神科以外の疾患で現在治療中、通院中の病気がありますか。

病気	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
----	-----------------------------	-----------------------------

※上記で「ある」を選択した方は、記入例を参考に記載してください。

年齢	疾患名	医療機関名	治療
記入例 49歳	高血圧	〇〇病院	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(内服治療、減塩食)
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

8 過去に特別な治療、心臓ペースメーカーや体の中に金属を埋め込む手術を受けたことがありますか。

<input type="checkbox"/> ない				
<input type="checkbox"/> ある	治療時の年齢	歳	病名	医療機関名
	治療内容			

9 元々お元気な時は、どのような性格ですか。(当てはまると思うもの全ての□にチェックを入れてください)

<input type="checkbox"/> 積極的	<input type="checkbox"/> 社交的	<input type="checkbox"/> 孤独を好む	<input type="checkbox"/> 無口	<input type="checkbox"/> くよくよする
<input type="checkbox"/> 優柔不断	<input type="checkbox"/> 消極的	<input type="checkbox"/> 見栄っ張り	<input type="checkbox"/> 自己中心的	<input type="checkbox"/> まじめ
<input type="checkbox"/> 責任感が強い	<input type="checkbox"/> 完璧主義	<input type="checkbox"/> マイペース	<input type="checkbox"/> 嫉妬深い	<input type="checkbox"/> おおらか
<input type="checkbox"/> 短気	<input type="checkbox"/> 気難しい	<input type="checkbox"/> 心配性	<input type="checkbox"/> その他 ()	

10 経歴についてお伺いします。

出生地	都・道・府・県			市
最終学歴	<input type="checkbox"/> 大学院	<input type="checkbox"/> 大学	<input type="checkbox"/> 短大	<input type="checkbox"/> 専門学校
	<input type="checkbox"/> 高校	<input type="checkbox"/> 中学	(卒業・中退・在学中)	

11 職歴についてお伺いします。(就いていた仕事を3つまで)

<input type="checkbox"/> ない				
<input type="checkbox"/> ある	記入例	会社員、公務員、飲食店従業員、土木作業員など		
	職業	在職期間	歳 ~	歳まで
	職業	在職期間	歳 ~	歳まで
	職業	在職期間	歳 ~	歳まで

12 ご家族の状況についてお伺いします。

同居の家族がいる方	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹
	<input type="checkbox"/> その他 ()
一人暮らしの方	<input type="checkbox"/> 1日中家族の協力が得られる <input type="checkbox"/> 日中家族は不在で協力を得にくい
	<input type="checkbox"/> 協力してくれる家族が近所にいる <input type="checkbox"/> 家族は遠方のため協力を得にくい
	<input type="checkbox"/> 家族以外の協力者がいる ()
ご本人は() 人兄弟姉妹中() 番目	
子供が	<input type="checkbox"/> いる 息子() 人 娘() 人 <input type="checkbox"/> いない

13 アルコールを飲みますか。

<input type="checkbox"/> いいえ				
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> ビール	<input type="checkbox"/> 日本酒	<input type="checkbox"/> ウイスキー	<input type="checkbox"/> 焼酎
	<input type="checkbox"/> ワイン	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 毎日飲酒の方: 1日あたりの量()			
	<input type="checkbox"/> 毎日ではないが機会があれば ()日・()ヶ月に1回程度、回あたりの量()			

14 たばこを吸いますか。

<input type="checkbox"/> 吸わない	() 歳頃止めた
<input type="checkbox"/> 吸う	1日あたり 本() 歳から () 年

15 アレルギーはありますか。

<input type="checkbox"/> ない				
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 食品 ()	<input type="checkbox"/> 薬 ()		
	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 鼻炎	<input type="checkbox"/> 花粉症
	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹	<input type="checkbox"/> その他 ()		

◎ここからは食生活関連の質問です。

16 20歳代及び過去最高の体重をお教えてください。

20歳代体重	kg	過去最高体重	kg	歳頃
--------	----	--------	----	----

17 元々お元気な時と比べて、体重の増減がありましたか。

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> わからない
<input type="checkbox"/> ある	() kg 増・減

18 元々お元気な時と比べて、食事を食べる量が変化しましたか。

<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> わからない
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

19 普段召し上がっている食事にチェックを入れてください。(間食＝食事時間以外の菓子類、飲み物などの摂取)

<input type="checkbox"/> 朝食	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 夕食	<input type="checkbox"/> 間食(午前)	<input type="checkbox"/> 間食(午後)	<input type="checkbox"/> 間食(夕食後)
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

20 どのような食事を召し上がっていますか。(普通食＝ご家族と同じ食事 高齢者食＝煮魚、煮物中心)

<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 高齢者食	<input type="checkbox"/> キザミ食	<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> 液体栄養剤	<input type="checkbox"/> その他 ()
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

21 食べることの問題はありますか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 飲み込む力の低下	<input type="checkbox"/> 噛む力の低下	<input type="checkbox"/> 味覚低下	<input type="checkbox"/> 食思不振(食べたくない)	<input type="checkbox"/> 拒食	<input type="checkbox"/> 過食
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

22 魚類の摂取頻度は1週間にどのくらいですか。(1回あたり1切程度)

<input type="checkbox"/> 週4～7回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 食べない
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------------------

23 肉類の摂取頻度は1週間にどのくらいですか。(1回あたり薄切り3枚程度)

<input type="checkbox"/> 週4～7回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 食べない
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------------------

24 大豆製品の摂取頻度は1週間にどのくらいですか。(1回あたり納豆1パック、豆腐1/3丁程度)

<input type="checkbox"/> 週4～7回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 食べない
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------------------

25 野菜の摂取頻度は1日にどのくらいですか。(1回あたり小鉢1杯程度)

<input type="checkbox"/> 毎食	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 食べない
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------

26 どのような野菜をよく召し上がりますか。(大根、里芋、キャベツ、人参、きゅうり、トマトなど具体的に)

--

27 定期的な運動をしていますか。(散歩程度の運動30分(10分づつなどの分割の実施も可))

<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週2～3日	<input type="checkbox"/> しない
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------

28 食生活や運動について、ご心配なことがありましたらご自由に記載してください。

--

記入者氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
同伴者氏名	続柄 () <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居