

## 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 <sub>2</sub>	%	血圧(上)	mmHg
同伴者氏名			続柄 ( )			同居・別居	血圧(下)	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	要支援	1   2	要介護	1   2   3   4   5	サービスを利用	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない

※(「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。

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。(最近まで就いていた仕事を3つまで)

<input type="checkbox"/> ない				
<input type="checkbox"/> ある	記入例	飲食店従業員、学習塾講師、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	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	人	<input type="checkbox"/> 夫	<input type="checkbox"/> 妻	<input type="checkbox"/> 子供	人	<input type="checkbox"/> その他 ( )
ご家族と同居されている方	<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						
一人暮らしの方	<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"/> 機会があれば飲酒する方:1回あたりの量 ( ) 1週間あたり ( ) 日					
	<input type="checkbox"/> 毎日の方: 1日あたりの量 ( )					

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 食べることに問題がありますか。(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切れ程度)

<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	<input type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> 同伴者	<input type="checkbox"/> 同伴者以外の方 続柄 ( )
		記入者氏名	