

# 問診票

患者様のお名前

問診票記入者のお名前

## 1. どんな症状でお困りですか？

例) 物忘れがひどく、病院の受診日を忘れて受診できない。物を盗ったと怒り出してしまうことがある。

例) 部屋の中で誰もいないのにぶつぶつと現実にそぐわない話をしている。

## 2. 上記の症状はいつ頃からありますか？ 特に悪化した時期についても記載ください。

① 症状がみられはじめた時期 年 月頃から

② 悪化した時期 年 月頃から

## 3. これまでに心療内科・精神科を受診したことがありますか？

医療機関名				診断名	入院
年	月	～	年	月	有・無
年	月	～	年	月	有・無
年	月	～	年	月	有・無

## 4. これまでにかかった身体の病気はありますか？

① ない ② ある

診断名	時期
	年頃 または 歳頃
	年頃 または 歳頃

## 5. 現在、飲んでいるお薬はありますか？

① ない ② ある ※訪問した際に、お薬手帳を確認させてください。

## 6. 現在、福祉サービスを利用していますか？

① いいえ ② はい ※訪問した際に、担当ケアマネージャーやサービス利用日等を教えてください。

## 7. ご本人のこれまでの生活について

出生地		主な生育地	
最終学歴	学校名	卒業	・ 中退
職歴	歳 ～ 歳	業種	
	歳 ～ 歳	業種	
結婚歴	歳 (複数回ある場合は余白に記入してください)	離婚歴	歳

## 8. 家族構成について

氏名	続柄	年齢	同居○×	お住まい	職業	キーパーソン○

※キーパーソン……主介護者や連絡先の窓口等を担っている人