

以下の質問は患者さんご本人についてお答えください。

① 本日はどのようなことがお困りで受診されましたか？（複数回答可）

物忘れ（記憶力の低下）

→ どの様なことで気づかれましたか？（ ）

→ ご本人の自覚は ある ない

これまで出来たことが出来なくなっている（具体的に： ）

食欲・睡眠など生活リズムに異常がある

話がかみ合わない、話の内容につじつまが合わない

問題行動がある（迷子、火の不始末、大切な物をなくす、金銭管理が出来ないなど）

気分や感情に変化がある（落ち込み、やる気の低下、外出を嫌がる、不安が強い、怒りっぽい、など）

家の中に知らない人が見えるなど、不思議なことが起こる

体の調子が悪い（体がうまく動かない、手や足が震える、歩きづらいなど）

その他

具体的に：

② 上記の症状はいつ頃から気付くようになりましたか？（ ）頃から

<スタッフ記入欄>

③ 他の医療機関からの紹介状はありますか？

ない

ある 医療機関名（ ）

④ これまでに精神科・心療内科を受診したことがありますか？

ない

ある

・（ ）年 月 ～ （ ）年 月 医療機関： 診断名： ）

・（ ）年 月 ～ （ ）年 月 医療機関： 診断名： ）

⑤ 現在、精神科・心療内科以外で通院している医療機関はありますか？

ない

ある

・（ ）年 月 ～ （ ）年 月 医療機関： 診断名： ）

・（ ）年 月 ～ （ ）年 月 医療機関： 診断名： ）

⑥ 現在内服しているお薬はありますか？ある場合には下記にお書きください。アレルギーやお体に合わないものがあつた場合には、その旨もお書きください。 ※お薬手帳を受付に提出された方は不要です。

{ }

⑦ 薬や食べ物・花粉などに対してアレルギーがありますか？

- なし
- あり

具体的に：

⑧ 精神科以外で、現在通院中の疾患、過去にかかった事のある疾患はありますか？

- 糖尿病 高血圧 高脂血症 痛風/高尿酸血症 甲状腺疾患
- 肝臓病/肝機能障害 腎臓病/腎機能障害 緑内障 前立腺肥大症
- 脳梗塞・脳出血など脳血管障害 狭心症・心筋梗塞 不整脈 その他心臓病
- てんかん（小児期含む） 喘息・呼吸器疾患 脳挫傷などの頭部打撲
- 悪性腫瘍（がん）（部位：_____）
- その他、大きな怪我や手術など

具体的に：

⑨ ご家族や血縁の方で、精神科・神経科の通院歴のある方、または自殺で亡くなった方はいらっしゃいますか？

- なし
- あり

具体的に：

⑩ 介護保険を利用していますか？

- なし
- あり（介護度：_____）

⑪ この1年間で健康診断を受けていますか？

- はい（最終受検時期：_____年_____月）
- いいえ

⑫ 現在の食事・睡眠の状態についておたずねします。

<食欲・食事について>

- 食欲はあり、以前と量も変わらない
- 食欲がありすぎて、食べ過ぎてしまう
- 食欲がなく、食べられない

<体重について>

- 変わらない
- 増加傾向（_____ヶ月で_____kg程度）
- 減少傾向（_____ヶ月で_____kg程度）

<睡眠について>（複数回答可）

- よく眠れている
- 寝つきが悪い
- 夜中に何度も目が覚める
- 朝早く目が覚めてしまう
- ぐっすり寝た感じがしない
- 日中眠気が強い
- 寝ている間に大きないびき・呼吸停止がある
- 寝入る時に足がむずむずする

<スタッフ記入欄> ①内服、②入床、③入眠、④中途覚醒、⑤起床、⑥昼寝



⑬ 生活歴について教えてください。

- ・出身地：_____（都道府県） ・最終学歴：_____（卒業）
 ・職歴：_____ ・婚姻歴：（無有：回）
 ・子供：_____人（性別・年齢）
 ・熱心な信仰など：（無有：）

⑭ ご家族構成について教えてください。

- 一人暮らしである
 同居人がいる
 （同居している方：_____）

<スタッフ記入欄> 家系図作成
同居者、キーパーソンを必ず記入

⑮ 嗜好品についてお答えください。

- <飲酒> 飲まない 飲む（1日の飲酒量：_____）
 <喫煙> 吸わない 以前は吸っていた 吸う（1日_____本）

⑯ 現在の生活についてお答えください。

- ・買い物は 自分 家族 その他（_____）
 ・食事の準備は 自分 家族 その他（_____）
 ・お金の管理は 自分 家族 その他（_____）
 ・薬の管理は 自分 家族 その他（_____）
 ・外出は 交通機関を利用して可能 近所であれば可能 付き添いが必要

⑰ 身体面についてお聞かせください。

- ・利き腕は 右 左
 ・身長・体重は（_____ cm _____ kg）
 ・歩行は 自力 一部介助が必要 杖などの補助具を使用（屋外・屋内）
 車いす（屋外・屋内）
 ・食事は 自力摂取可能 一部介助が必要 全介助
 ・排泄は 自力で可能 一部介助が必要 全介助

⑱ その他、診察前に伝えておきたいこと・診療に対するご希望などありましたら自由にお書き下さい。

ご記入ありがとうございました。受付にお渡しく下さい。

この後、必要に応じていくつか心理検査を行った後、医師の診察となりますのでご案内があるまで、もう少しお待ちください。

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）