

問診票

記入日： 年 月 日

患者氏名	生年月日	年	月	日生	歳	男・女
記入者氏名	本人との関係					

各質問を読み、記入または当てはまる数字に○をつけてください（例：① 2. 3. ）

1 今回の受診目的を教えてください（複数選択可）

1. もの忘れ等の相談
2. 行動・心理症状の相談
(不安、抑うつ、暴言、暴力、徘徊、拒否、幻覚、妄想など)
3. 検査
4. 診断と治療方針の決定
5. 運転免許更新のための書類作成
6. 介護保険申請のための主治医意見書
7. その他

2 どのようなことでお困りですか？（複数選択可）

1. もの忘れ
2. 日付が分からない
3. 道が分からない
4. 人や物の名前がでてこない
5. おちつかない
6. 意欲がない
7. 暴言・暴力
8. 徘徊
9. 拒否
10. 幻覚（見えないはずのものが見える、聞こえないはずの音が聞こえる）
11. 妄想（お金をとられた、浮気をされているなど、事実ではないことを強く信じている）
12. その他

3 そのような困りごとは、どのようにはじまりましたか？

1 いつ頃にはじまりましたか 歳（ 年 月）頃から

2 何か“きっかけ”だと思われることがありましたか

1. ある →
2. ない

4 現在、困りごと（症状）はどのように変化していますか？

1. 悪くなっている
2. 変わらない
3. 良くなっている

5 上記の困りごと（症状）について、他の医療機関にかかったことがありますか？

1. ある → 受診先 受診時期 歳頃
2. ない

6 かったことのある病気について教えてください

1 これまでに何か病気を指摘されましたか 1. はい 2. いいえ

具体的に (記入または当てはまる数字に○をつけてください)

1. 高血圧	2. 糖尿病	3. 脂質異常症 (高脂血症など)
4. 腎機能障害 (腎不全、腎炎など)	5. 呼吸器疾患 (気管支喘息、肺結核など)	6. 心疾患 (狭心症、心筋梗塞、不整脈など)
7. 肝疾患 (肝炎、肝硬変など)	8. 内分泌疾患 (甲状腺疾患、副腎疾患など)	9. 整形疾患 (腰痛、関節痛など)
10. 脳卒中 (脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など)	11. 神経疾患 (てんかん、脳炎など)	12. 頭部外傷 (打撲・骨折・交通事故など)
13. 精神疾患 (うつ病、不安障害など)	14. その他の疾患	

また、上記↑の中で現在治療中の病気があれば番号でお答えください。

(例：1、3)

2 手術を受けたことはありますか 1. ある 2. ない

内 容	時 期

7 血縁者で、上記病気の方はいますか？

1. はい (上記番号でお答えください。例：1、3) 2. いいえ

8 血縁者で、認知症にかかったり、精神科を受診したことがある方 (自殺を含む) はいますか？

1. はい ➡ 疾患名 続柄 2. いいえ

9 お体の状態について教えてください

1 身 長 cm

2 体 重 kg ➡ ここ半年位の間で体重は 1. 増えた 2. 減った 3. 変わらない

3 利 き 手 1. 右利き 2. 左利き 3. もともとは左利きだったが、右利きに直した

4 目の状態 1. 見えにくい 2. 問題ない

5 耳の状態 1. 聞こえにくい 2. 問題ない

6 鼻の状態 1. 匂いがわかりにくい 2. 問題ない

7 身体のどこかに、痛みや不快感がある 1. ある ➡ 具体的に 2. ない

8 食の好みに変化があったか 1. 変化があった 2. 変化はない

9 睡眠の状態 1. 問題がある 2. 問題ない

具体的に

1. 夜中に起きてしまう 2. 寝つきが悪い 3. 熟睡できない 4. 朝早く目が覚めてしまう

5. 寝ても疲れが取れない 6. 寝てばかりいる 7. 昼夜逆転している 8. 大声をだしたり暴れる

9. 何度もトイレに行く 10. その他

10 もともとどんな性格ですか

10 嗜好やアレルギーについて教えてください

- 1 タバコを吸いますか? 1. 吸う 2. 以前は吸っていたが禁煙した 3. 吸わない

喫煙される方 (過去喫煙していた方も含む) にお聞きます。

タバコは1日に何本吸っていますか? 喫煙している (していた) 期間はどれくらいですか?

1日 本程度 喫煙期間 歳 ~ 歳 (年間)

- 2 お酒を飲みますか? 1. 毎日飲む 2. 時々飲む 3. 以前は飲んでいましたが禁酒した 4. 飲まない

飲酒される方 (過去飲酒していた方も含む) にお聞きます。

飲むお酒の種類はなんですか? 1日にどれくらいの量を飲みますか?

お酒の種類 1日 (例: 350ml 1本、3合)

- 3 アレルギーはありますか? 1. ある → 具体的に
2. ない

11 生活のことについて教えてください

- 1 出身地はどこですか 1. 福岡県 2. それ以外 → 都道府県:

- 2 何人きょうだいの何番目ですか 人きょうだいの 番目

- 3 最終学歴を教えてください 1. 小学校 2. 中学校 3. 高校 4. 専門学校 5. 短期大学
6. 大学 7. 大学院
8. その他 (例: 高校中退)

- 4 お仕事はしていますか 1. 今もしている 2. 過去にしていた (退職 歳) 3. していない

職種・業務内容・期間など (例: ○歳~△歳, □□□□□□)

- 5 自動車の運転はしますか 1. する 2. 免許返納を検討中 3. 免許を返納した 4. 運転しない

- 6 こどもはいますか 1. いる 人 2. いない

- 7 結婚していますか 1. 現在結婚している 2. 離婚した 3. 死別した 4. 結婚したことはない

- 8 現在、誰と暮らしていますか 1. ひとり暮らし 2. 施設で生活している
3. 家族と住んでいる → 具体的に (例: 夫、次男)

- 9 今回受診した本人に、主に関わっている家族は誰ですか 具体的に (例: 長女)

- 10 その関わっている家族は、現在お仕事をしていますか 1. している 2. していない

現在仕事を「している」その“ご家族の方”がお答え下さい。

- 11 仕事と介護の両立にどれくらい困難さを感じていますか? 当てはまる数字に○を付けてください。

非常に困難 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 全く困難ではない

12 緊急時に御連絡が可能な連絡先を教えてください

氏名	本人との関係	電話番号
氏名	本人との関係	電話番号

13 社会的状況について教えてください

1 介護保険（要介護認定）

1. 未申請 2. 申請を検討中 3. 申請中 4. 認定済み 年 月 日

認定済みの方は以下にもお答え下さい

2 現在の介護度

1. 要支援1 2. 要支援2
3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5

3 利用しているサービスを教えてください

1. デイサービス 週 回 2. デイケア 週 回 3. ショートステイ 週・月 回
4. 訪問介護 週 回 5. 訪問看護 週 回 6. 日常生活用具
7. 配食サービス 8. 入浴サービス 9. 住宅改修
10. 緊急通報システム 11. その他

4 担当ケアマネージャーさんの名前と連絡先を教えてください

名前	
事業所名	電話番号

5 障がい者手帳

1. 持っていない 2. 持っている → 具体的に 手帳 級

14 その他、何か伝えたいことがありましたらご記入ください

以下のご回答は自由です。

当センターは、大学病院として認知症に関する治験や研究を行っています。これらは、認知症当事者への新たな進行予防法や治療法、ケアの開発だけでなく、家族への多面的な支援を行うための有用な資料となることが期待できます。

● 現時点での、認知症の治験や研究への参加のご希望やご協力の意向をお聞かせください。

(※回答内容により、診療上の不利益を受けることはありません)

治験 受りたい わからない (内容次第) 受たくない
研究 受りたい わからない (内容次第) 受たくない

問診票は以上です。ご記入ありがとうございました。