令和　年　月　日

**問診表**

患者さま氏名（　　　　　　　　　　　　　）　　記入者氏名（　　　　　　　　　　　　　　）

**○受診の目的**

* 認知症についての鑑別診断　　　　　　　□　入院希望
* 投薬治療を希望　　　　　　　　　　　　□　周辺症状（お困りの症状）について
* 介護保険主治医意見書

**○困りごと**

* 少し前のことも忘れてしまう　　　　　　□　見えるはずのない物が見える
* 月日や時間がわからない　　　　　　　　□　聞こえないはずの音や声が聞こえる
* 自分がいるところがわからない　　　　　□　物をなくすことが増えている
* 親しい人を忘れる　　　　　　　　　　　□　現実的ではない内容を確信をもって信じている
* 意欲がなくなっている　　　　　　　　　□　介護に抵抗する
* 気分が落ち込んでいる　　　　　　　　　□　慣れた道を迷う
* 怒りっぽくなったり暴言を言ったりする　□　徘徊（目的なく歩きまわる状態）がある
* 暴力を振るうようになっている　　　　　□　夜間眠らず、昼夜逆転の生活リズムになっている
* 火の不始末があり火元の管理ができない　□　排泄物などの汚物を触ったりする
* 食べ物でない物を食べようとする　　　　□　周囲が迷惑している性的行動がある

**○上記のような症状はどのようにいつ頃から起こりましたか？**

　□数日以内　□半月以内　□1ヶ月以内　□約半年前から　□約1年前　□それ以上前(　　　　　年前)

**○何かきっかけとなるような環境の変化や出来事、その他何かありましたらお書きください。**

**○病気について教えてください（一般科既往歴等）**

大きな病気や怪我、手術や入院の経験また長く治療を受けている病気（症状）はありますか？（何年（何才頃）、病名、病院名）

**〇介護保険は利用されていますか？**

　　□　なし　□　あり（要介護度　　　　　）利用サービス内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**〇手帳はお持ちですか？**

* なし　□身障手帳（　　　級）　□療育手帳（　　　　）　□精神障害者手帳（　　　　級）

**○生活歴について教えてください。（出身地、教育歴、職歴、結婚歴など）**

**○生活習慣について教えてください。**

睡眠は？

　食事は？

　排泄は？

　宗教は？

　アレルギーはありますか？　□なし　□あり　何で起こりますか？（　　　　　　　　　　　　　　　　）

**○嗜好についてはどうですか？**

タバコは吸いますか？　□吸わない　□辞めた（　　　　）　□吸う（　　　本／日）

　お酒は飲みますか？　　□飲まない　□辞めた（　　　　）□飲む（種類：　　　　　　量：　　　　　）

　薬物に依存等ありますか？□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　市販薬、サプリメントなど常用してるものはありますか？

　□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**○家族歴（家族図）**

熊野病院認知症疾患医療センター

※記入後、認知症疾患医療センター担当者にお渡しください。