

# このメンタルクリニック問診票

令和 年 月 日

## (もの忘れ・認知症版)

\*本日受診された主な症状、相談したい内容についてご記入ください。

\*症状が始まったのはいつごろからですか？

昭和・平成・令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月頃から

\*「日によって」あるいは「時間帯によって」本人の状態に変化はありませんか？

あり なし

\*当院以外の精神科・心療内科に受診や入院された事がありますか？

あり なし

\*いつ頃受診または入院されましたか？

【昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日】

【昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日】

\*どちらの病院ですか？

.....病院・医院・診療所・クリニック

\*本日紹介状はお持ちですか？

はい いいえ

\*本日お薬手帳はお持ちですか？

はい いいえ

\*現在、精神安定剤や睡眠薬などの薬を服用していますか？ 内容が分かればご記入ください。

はい いいえ .....

\*精神科以外の病気で、服用しているお薬がありますか？ 内容が分かればご記入ください。

はい いいえ .....

\*今まで内科などのお体の病気（糖尿病、高血圧、手術など）をしたことがありますか？

病名 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_病院

病名 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_病院

\*食べ物やお薬のアレルギーがあればお書きください。また相性が悪かったお薬があればお書きください。

食べ物 \_\_\_\_\_ お薬 \_\_\_\_\_

\*嗜好品について

たばこ ; 吸わない・吸う⇒ ( ) 歳から 1日 ( ) 本  
アルコール; 飲まない・飲む⇒ ( ) 歳から 何を ( ) どのくらいの量 ( ) /毎日・時々

\*日常生活についてお尋ねします。

○睡眠 現在の睡眠時間は ( ) 時間程度

現在の睡眠パターンは ( ) 時頃就寝 ( ) 時頃起床

現在は・眠れる ・昼寝の時間が長い ・寝言が多い ・睡眠時に脚が動く (ムズムズする)

・寝付きが悪い ・途中で目が覚める ・朝早く目が覚める ・リズムが乱れる

・悪夢を見る

○食欲 ・普通 ・旺盛 ・波がある ・ない

○便秘は ( ) 日に ( ) 回くらい

○身長は \_\_\_\_\_ c m 体重は \_\_\_\_\_ k g → 最近 ・増えた ・減った ・分からない

\*歩行についてお尋ねします。

○歩行の状態に以前と変化があればご記入ください。

\*以下の項目についてお尋ねします。

○学歴→【中学・高校・専門学校・短大・大学・大学院】を 昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_年に【卒業・退学】

○職業：これまでにされたお仕事などを教えてください。

○転居歴：元々の出身地、何歳から何歳までどちらで生活していたか、思い出せる範囲でご記入ください。

○趣味/特技：好きなこと・熱中できることなどがあれば教えてください。

○元来の(症状が出現する前の)性格について教えてください。例えば気分には波のあるほうか、社会的かどうか、頑固で融通が効かないほうか等です。

○以前に「短い睡眠時間で元気な状態が続いた」など、活動的であったエピソードがあれば教えてください。

-----

\*家族構成などについてお尋ねします。

○【     】人兄弟（姉妹）の【     】番目

○婚姻歴はありますか？ → 【・はい   ・いいえ】 「はい」の場合は \_\_\_\_歳の時

○離婚歴はありますか？ → 【・はい   ・いいえ】 「はい」の場合は \_\_\_\_歳の時

○子供はおられますか？ → 【・はい   ・いいえ】 「はい」の場合は \_\_\_\_人

○現在同居している家族はどなたですか？（年齢もご記入ください）

-----

\*介護サービスを利用されていますか？ → 【・はい   ・いいえ】

「はい」の場合は 要支援・要介護 \_\_\_\_

○血縁の方（両親、兄弟、祖父母など）で比較的気分に波のある方、精神的なこと（てんかん等も含む）で調子が悪くなったことがある方はいますか？

【・いない   ・いる】

いるの場合→誰が、いつ頃、どのような事でした？【   】

\*本日は、どなたと来院されましたか？

□本人のみ    □家族【   】    □その他【   】

\*来院のきっかけは？

他病院で聞いて    新聞・雑誌・チラシを見て    看板を見て    ネットのホームページを見て  
その他(具体的にご記入下さい)【   】

\*診察にあたってご希望されることについて当てはまるものがあれば○をつけて下さい。

- ・現在の状態を知りたい    ・薬を処方してほしい
- ・自立支援医療（公費負担制度。医療費1割負担）について知りたい
- ・訪問看護などのサービスについて知りたい（健康保険適用）
- ・頭部CT検査などの画像検査について知りたい

\*その他心配な点などがあればご記入ください。

-----

記入者氏名 \_\_\_\_\_