

# このメンタルクリニック問診票

平成 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 \_\_\_\_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 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日】

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

\*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

○食欲 ・普通 ・旺盛 ・波がある ・ない

○便通は ( ) 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 \_\_\_\_\_ 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、内向的か社会的か、神経質か大雑把か等です。

