

受診シート

記録日	年	月	日				
ご本人	フリガナ		生年月日				
	氏名		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	住所		電話 ☎ ※居所の連絡先を記入 ()				
		※居所と異なる場合は居所を記入					
ご家族	フリガナ		ご本人との関係				
	氏名		(続柄や機関名)				
	住所		電話 ☎ ()				
		☐ 本人と同じ					
<p>● 受診の目的についておたずねします。 複数回答可 ☑</p> <p> <input type="checkbox"/> 認知症についての鑑別診断を希望 <input type="checkbox"/> 投薬治療を希望 <input type="checkbox"/> 介護される方がお困りの症状についての対応 <input type="checkbox"/> 成年後見制度診断書の作成希望 <input type="checkbox"/> 介護保険の主治医意見書作成の希望 <input type="checkbox"/> その他 [] </p>							
<p>● 今回のご受診はどなたからの勧めですか？</p> <p> <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 [] </p>							
<p>● 今回の受診についてご本人はどのようにお考えですか？</p> <p> <input type="checkbox"/> 受診に同意している。 <input type="checkbox"/> その他 [] </p>							
<p>● 患者さん（ご本人）の状態についてお困りのことはどんなことですか？ 複数回答可 ☑</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 少し前のこともすぐに忘れてしまう <input type="checkbox"/> 11 見えるはずのない物が見えている <input type="checkbox"/> 2 月日や時間がわからない <input type="checkbox"/> 12 聴こえないはずの音や声が聞こえる <input type="checkbox"/> 3 自分のいるところがわからない <input type="checkbox"/> 13 物をなくすことが増えている <input type="checkbox"/> 4 親しい人の事を忘れる <input type="checkbox"/> 14 現実的ではない内容を確信をもって信じている <input type="checkbox"/> 5 意欲がなくなっている <input type="checkbox"/> 15 介護に抵抗する <input type="checkbox"/> 6 気分が落ち込んでいる <input type="checkbox"/> 16 慣れた道を迷う <input type="checkbox"/> 7 怒りっぽくなったり暴言がある <input type="checkbox"/> 17 徘徊（目的なく歩き回る状態）がある <input type="checkbox"/> 8 暴力をふるうようになっている <input type="checkbox"/> 18 夜間眠らず、昼夜逆転の生活リズムになっている <input type="checkbox"/> 9 火の不始末があり火元の管理ができない <input type="checkbox"/> 19 排泄物などの汚物を触ったりする <input type="checkbox"/> 10 食べ物でない物を食べようとする <input type="checkbox"/> 20 周囲が迷惑している性的な行動がある </p> <p>★ <u>上記の状態が一番お困りの症状の番号をひとつお書き下さい。</u> ⇒ ⇒ []</p> <p>・上記のような症状は…</p> <p>いつ頃から？ <input type="checkbox"/> 数日以内 <input type="checkbox"/> 半月以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内</p> <p> <input type="checkbox"/> 約6ヶ月前 <input type="checkbox"/> 約1年前 <input type="checkbox"/> それ以上 [年前]</p> <p>どのように？ <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 階段状に <input type="checkbox"/> 急激に <input type="checkbox"/> その他</p> <p>・症状が良くなったり悪くなったりしますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>・何かきっかけとなるような環境の変化や出来事、その他に何かありましたらお書き下さい。</p> <p>[]</p>							

● 患者さん（ご本人）の病歴についておたずねします

- ・現在かかっている医院、病院はありますか？ 通院中 入院中 どこもかかっていない
- 医療機関名[] 診療科[] 担当医[] 紹介状有り
- 医療機関名[] 診療科[] 担当医[] 紹介状有り
- 医療機関名[] 診療科[] 担当医[] 紹介状有り

・どんなご病気でかかっていますか？

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳血管疾患
- 腎臓疾患 肝硬変 心臓疾患 甲状腺機能低下症
- その他 []

・何かお薬を飲んでいますか？

- はい いいえ

[]

・今まで大きな病気をしたことがありますか？

- | < 病名（手術・事故・精神疾患など含む） > | < 医療機関名 > | < いつ頃ですか？ > |
|------------------------|-----------|-------------|
| [] | [] | [] |
| [] | [] | [] |
| [] | [] | [] |
| [] | [] | [] |

・アレルギーはありますか？

- いいえ お薬 食べ物 花粉 その他
- [内容：]

・喫煙されますか？

- いいえ やめた はい [1日 本位]

・お酒は呑まれますか？

- いいえ ときどき はい [1日量 位]

● 患者さん（ご本人）の身体状況についておたずねします。

- ・視力 【左目】 普通 弱視 全盲
- 【右目】 普通 弱視 全盲
- ・聴力 【左耳】 普通 やや難聴 難聴
- 【右耳】 普通 やや難聴 難聴
- ・言葉 普通 少し不自由 不自由
- ・体のマヒの有無 普通 左上肢 右上肢
- 左下肢 右下肢
- ・体の関節の痛みの有無 左肩 左肘 左膝 左足首
- 右肩 右肘 右膝 右足首
- その他 []

● ご親族に認知症や難病（パーキンソン病等）の方はおられますか？
またその方はご本人とどのような続柄ですか？

[]

