

木村こころのクリニック問診票（高齢者用）

名前

生年月日

住所

メールアドレス

携帯番号

自宅番号

・来院のきっかけは？

人から聞いて 他病院から聞いて 新聞・雑誌・チラシを見て  
看板を見て（医院看板、駅看板） ホームページを見て  
その他（具体的にご記入ください）

・問診は本人記入ですか？

本人

本人以外（ ）

・本日はどなたと来院されましたか？

本人のみ 家族【 】 その他【 】

・本日受診された主な症状や相談したい内容についてご記入ください（自由に記入）。

・困っていることはどんなことですか？（複数選択可）

物忘れがひどい 人名・地名などがすぐに出てこない 日付を忘れる  
献立が決められない 道に迷うことが増えた 計算力・注意力が落ちた  
言葉がすぐに出てこない イライラする 眠れない 途中で目を覚ます  
尿失禁 便失禁 徘徊 暴言 暴力 介護抵抗 拒否・拒絶

・「日によって」あるいは「時間帯によって」症状や好不調の波はありますか？

あり なし

・症状がでるようになったきっかけ、状況、ストレスなどありましたらご記入ください（自由に記入）。

・当院以外の精神科・心療内科に受診や入院されたことはありますか？

あり なし

※ありの方へ

・いつ頃受診または入院されましたか？

年 月 日～ 年 月 日： 病院・クリニック（通院・入院）

年 月 日～ 年 月 日： 病院・クリニック（通院・入院）

・本日紹介状はお持ちですか？

いいえ はい

・本日お薬手帳はお持ちですか？

いいえ はい

※いいえの方へ

・現在、精神安定剤や睡眠薬などの薬を服用していますか？

いいえ はい

はいの方はお薬・サプリメントの名前や内容が分かればご記入ください。

・精神科薬以外で服用しているお薬があればご記入ください（自由に記入）。

・これまで内科・外科などの病気（高血圧、糖尿病、手術など）を患われたことはありますか？

病名： 歳時 病院・クリニック

病名： 歳時 病院・クリニック

・食事やお薬でアレルギーがあればご記入ください。

食事（ ） 薬（ ）

・睡眠

平均睡眠時間：（ ）時間程度

就寝時刻：（ ）時頃 起床時刻：（ ）時頃

現在の睡眠状況

眠れる 寝言が多い 睡眠時に足が動く・むずむずする・暴れる

寝つきが悪い 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 熟眠感がない

悪夢を見る 昼夜逆転している

・食欲

普通 旺盛 なし 日によって変動

・排便

( ) 日に ( ) 回くらい

・排尿

1日に ( ) 回くらい

・身長 センチ

・体重 kg→ここ 6 か月以内で、増えた 減った 同じ

・転居歴

出身地、何歳から何歳までどこで何をして生活していたかなど、可能な限り記入してください。

・趣味／特技（自由に記入）

・性格（自由に記入）

例：気分が波がある、イライラしやすい、社交的、頑固で融通が効かない、責任感が強いなど

・家族構成

私は ( ) 人兄弟（姉妹）の ( ) 番目または1人っ子

婚姻歴は？ なし・あり→ありの場合は 歳時婚姻

離婚歴は？ なし・あり→ありの場合は 歳時離婚

子供はいますか？ いいえ・はい→はいの場合は 人

現在同居している場合の家族構成について教えて下さい

血縁関係の方で精神科又は心療内科にかかった方や持病などありましたらご記入ください

