

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
お名前	男・女			
現住所	〒 _____ - _____		同伴者 氏 名	
			続 柄	☐ 親 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ 親せき ☐ その他()
連絡先	自宅: _____ - _____	携帯: _____ - _____	(☐ 本人 ☐ ())	

※以下の質問は、差し支えのない範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所は空欄のまま構いません。

1. 受診されたきっかけと目的は？

- ☐本人の希望 ☐家族の要望 ☐知人・友人の紹介 ☐医療機関からの紹介(_____)
☐その他(_____)
☐目的(_____)

2. これまで医療機関を受診した、または今現在通院されていますか？

- ☐ない ☐ある (ある を選択された方は、下記もご記入ください。)
 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月まで 医療機関名 : _____ ☐入院 ☐外来
 その通院理由: _____)
 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月まで 医療機関名 : _____ ☐入院 ☐外来
 その通院理由: _____)

3. 現在のご病気の方でおこなっている治療はありますか？

- ☐なし ☐あり (点滴 ☐あり ☐なし 褥瘡 ☐なし ☐あり (部位: _____)

4. 現在服用(使用)しているお薬はありますか？

- ☐なし ☐あり (薬剤名 : _____)

5. 介護保険についておうかがいします。

- 要介護度 ☐なし ☐あり (☐要介護 : _____ ☐要支援 : _____)
 ケアマネージャー ☐なし ☐あり (氏名: _____ 事業所名: _____)
 介護福祉サービス ☐なし ☐あり (☐デイサービス ☐ショートステイ ☐その他(_____))
 関係機関へ情報提供をしてもよろしいですか？ (☐はい ☐いいえ)

6. 現在の状態についておうかがいします。

- 本人の自覚 ☐あり ☐なし ☐わからない ☐物忘れはいつ頃からですか？(_____)

本人の自覚ありの場合、以下の項目にもチェックをお願いします。(複数チェック可)

- ☐新しいことが覚えられない ☐同じことを何度も聞く ☐怒りっぽい ☐夜間落ち着かない
☐会話が成り立たない ☐意欲がない ☐徘徊 ☐不潔行為 ☐介護への抵抗 ☐幻視 ☐幻聴
☐良い時と悪い時の差が激しい ☐非社会的行動
☐その他(_____)

日中の過ごし方を教えてください(_____)

(例: テレビを見て過ごしている 近所の家に遊びに行っている など)

7. 睡眠についておうかがいします。

- 睡眠の状況 ☐普通 ☐眠りすぎる ☐眠れない (☐寝つきが悪い ☐途中覚める ☐早朝覚める)
 平均睡眠時間はおおよそ、どのくらいですか？ 約(_____)時間程度
 平均的な就寝・起床時間は何時頃ですか？ 就寝: _____ 時頃 起床: _____ 時頃



8. 食事についておうかがいします。

食欲はありますか？ ☐普通 ☐食事量が減っている ☐食欲がありすぎる

食事の形態 ☐常食 ☐軟食 食事の介助 ☐自立 ☐一部介助 ☐介助

経腸栄養 ☐あり ☐なし 胃ろう ☐あり ☐なし

9. 排泄の状況についておうかがいします。

おむつの使用 ☐なし ☐あり はくパンツの使用 ☐なし ☐あり 膀胱留置 ☐なし ☐あり

膀胱ろう ☐なし ☐あり 人工肛門: ☐なし ☐あり

10. 日常生活動作(ADL)についておうかがいします。

歩行状態 ☐自立 ☐車いす(自走 ☐可 ☐不可) ☐シルバーカー ☐杖 ☐寝たきり

食事摂取 ☐自立 ☐一部介助 ☐介助 排泄 ☐自立 ☐一部介助 ☐介助

入浴 ☐自立 ☐一部介助 ☐介助

11. 性格についておうかがいします(複数チェック可)

☐内向的 ☐社交的 ☐神経質 ☐いい加減 ☐短気 ☐怒りっぽい ☐気が長い

☐責任感が強い ☐頑張りすぎる ☐他人に気を使いすぎる ☐飽きっぽい

☐その他(_____)

12. 学歴についておうかがいします。

(_____ 小学校、 _____ 中学校、(_____ 高校)、(_____ 専門学校)

(_____ 大学)、(_____ 大学院) 卒・在学中・中退(←○印付ける)

出生地を教えてください(_____ 県 _____ 市)

13. 職歴についておうかがいします。

いつまで仕事をされていましたか？(_____)

そのお仕事の内容は？(_____)

14. 飲酒や喫煙についておうかがいします。

飲酒 ☐飲まない ☐ほとんど飲まない ☐機会があれば飲む

☐ほぼ毎日飲む(1日あたり _____ を _____ 本くらい)

喫煙 ☐吸わない ☐吸う(1日あたり _____ 本くらい) ☐以前吸っていた

15. ご家族についておうかがいします。

結婚歴 ☐未婚 ☐既婚 ☐離婚 子供 ☐なし ☐あり(_____ 人 構成: _____ 例)長男、次男、長女など

現在同居者の方はいますか？ ☐単身 ☐はい(同居者名: _____)

兄弟姉妹はいますか？ ☐いいえ ☐はい(何人きょうだいで、何番目ですか？ _____ 人中 _____ 番目)

16. 自動車の運転はしますか？ ☐はい ☐いいえ

17. 血縁のご家族や親戚の方で心療内科、精神科、神経科などを受診されたことがある方はおられますか？

☐なし ☐あり(ご関係: _____ 病名: _____)

18. 今後の通院先はどちらにしますか？ ☐菅原病院 ☐紹介元 ☐その他医療機関(_____)

記入者氏名: _____

・当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めて参ります。
・正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
・ご記入いただきました個人情報、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。
・医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時で保険証利用時)加算 1…4 点、(マイナ保険証利用時)加算 2…2 点