老年精神科外来　予診票　　記入日：　　年　　月　　日

患者様氏名	男　・　女　[年齢　　歳]
記入された方の氏名	[ご本人との続柄：　　] [ご本人と　同居　・　別居　]

*診察時に参考とさせて頂きますので、以下の質問（**1～11**）に出来るだけ具体的にお答え下さい。*

1．現在どのようなことでお困りですか？　一番困ること、気になることは？

2．一番最初に「以前とは違う」と気がついたのは、いつごろでしたか？

いつごろ：

どのようなことで気づいた？：

3．現在までの生活、趣味・嗜好についてお答え下さい。

出身地：（　　）県（　　）

最終学歴：☐小学校　☐中学校　☐高等学校　☐短期大学・専門学校　☐大学

職業：（　　歳から　　歳：　　）

（　　歳から　　歳：　　）

酒：☐飲まない　☐機会がある時だけ飲む　☐習慣的に飲んでいたが止めた（　　歳で）

☐今も習慣的に飲む：一日量（　　）、週に（　　）日

タバコ：☐吸ったことがない　☐吸っていたが止めた（　　歳で）　☐今も吸っている

今まで吸った本数と期間：一日平均（　　）本、（　　）年間

趣味：（　　）（　　）（　　）

4．現在の生活状況についてお答え下さい。

☐一人暮らし：（　　）歳から

☐家族と同居している：全員で（　　）人、続柄：（　　）

☐施設入所：（　　年　　月から、施設名：　　）

5．介護保険の認定 および 受けている介護保険サービスについてお答え下さい。

☐認定なし（ 未申請　・　非該当　・　申請中 ）

☐認定あり（ 要支援 1 ・ 要支援 2 ・要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）

サービス：☐訪問（訪問介護、訪問リハビリなど）：週（　　）回、曜日（　　）

☐通所（デイケア、デイサービスなど）：週（　　）回、曜日（　　）

☐短期入所（ショートステイ）　　：月（　　）泊

6．利き手はどちらですか？　☐右　☐左　☐左だが右に直した　☐両利き

7.　現在の体調についてお答え下さい。

食欲：(食べ過ぎ ・ 普通 ・ 少ない)

便通：(　　) 日に一回ぐらい (下痢便 ・ 普通の便 ・ 硬い便)

睡眠：(良好 ・ 寝つきが悪い ・ 夜中や早朝に起きる ・ 昼間に寝る ・ 寝言が多い)

8.　今までにかかった病気・怪我についてお答え下さい。

歳（　　年　　月）	病名 （　　病院・医院）	手術 入院・通院
歳（　　年　　月）	病名 （　　病院・医院）	手術 入院・通院
歳（　　年　　月）	病名 （　　病院・医院）	手術 入院・通院

今までに以下の病気であるといわれたことがありますか？

□高血圧　□高脂血症　□糖尿病　□脳卒中（脳梗塞、脳出血）　□肺結核

薬や食べ物によるアレルギーはありますか？　□ない　□ある（　　）

9.　現在 他の医療機関を受診していますか？

医療機関名：(　　病院・医院　　科、主治医：　　)

医療機関名：(　　病院・医院　　科、主治医：　　)

10.　ご家族の健康状態（現在もしくは過去に罹患した病名）についてお答え下さい。

（特に 認知症・精神疾患・神経疾患に罹患した方については詳細をご記入ください）

	年齢	現在の健康	病名	住所
本人の父	歳	良・不良・死去		県　　市
本人の母	歳	良・不良・死去		県　　市
本人の兄弟姉妹（上から順にご記入下さい）　（本人は　　人兄弟の　　番目）				
男・女	歳	良・不良・死去		県　　市
男・女	歳	良・不良・死去		県　　市
男・女	歳	良・不良・死去		県　　市
男・女	歳	良・不良・死去		県　　市
男・女	歳	良・不良・死去		県　　市
男・女	歳	良・不良・死去		県　　市
本人の子供（上から順にご記入下さい）				
男・女	歳	良・不良・死去		県　　市
男・女	歳	良・不良・死去		県　　市
男・女	歳	良・不良・死去		県　　市

11.　運転免許は？　□もともと免許をもっていない　□免許を返納した（　　歳で）

□免許があり現在も運転する　□免許はあるが運転しない