

# 粟津神経サナトリウム 問診票

## I 基本情報

記載日

令和

年

月

日

|                             |   |   |                                   |                              |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |
|-----------------------------|---|---|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 氏名                          | フリガナ  |   | 性別                                |                              | 受診希望日                              | 年 月 日                             |                               |                                  |                                  |
|                             |   |   |                                   |                              |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |
| 生年月日                        | 明 大 昭<br>平 令  | 年 月 日                                     | 年齢                                | 歳                            | 身長                                 | cm                                | 体重                            | kg                               |                                  |
| 住所                          |   |   |                                   |                              | 連絡先☎                               |                                   |                               |                                  |                                  |
| 家族構成<br>(年齢・居住地)<br>※同居○で囲む | 現住所   |   | <input type="checkbox"/> 自宅       |                              | <input type="checkbox"/> 病院        |                                   |                               |                                  |                                  |
|                             |   |   | <input type="checkbox"/> 施設 ( )   |                              |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |
|                             | 主たる介護者  |   | 氏名                                |                              |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |
| 世帯                          |   | <input type="checkbox"/> 独居               |                                   | <input type="checkbox"/> 夫婦  | <input type="checkbox"/> 家族同居      |                                   |                               |                                  |                                  |
|                             |   | <input type="checkbox"/> 施設入所*日中支援(あり・なし) |                                   | <input type="checkbox"/> その他 |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |
| 緊急連絡先                       | 続柄  | 氏名  | 住所                                |                              |                                    | 連絡先                               |                               |                                  |                                  |
|                             | 続柄  | 氏名  | 住所                                |                              |                                    | 連絡先                               |                               |                                  |                                  |
| 困ってること                      | 本人  |   |                                   |                              |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |
|                             | 家族  |   |                                   |                              |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |
| 受診理由                        | <input type="checkbox"/> 暴言・暴力  |   | <input type="checkbox"/> 多動・徘徊    |                              | <input type="checkbox"/> うつ・食欲低下   |                                   | <input type="checkbox"/> 夜間不眠 | <input type="checkbox"/> 希死念慮    |                                  |
|                             | <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想  |   | <input type="checkbox"/> 怒声・叫声    |                              | <input type="checkbox"/> 物忘れ       |                                   | <input type="checkbox"/> 生活困難 | <input type="checkbox"/> 自殺企図    |                                  |
|                             | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |   |                                   |                              |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |
| 精神科受診歴<br>(入院歴等)<br>有・無     | ※有の場合簡潔にお書きください 例：○年頃～○病院 通院・入院 ○年頃まで等)   |   |                                   |                              |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |
|                             | 認知症の発症時期  |   | 年 月 頃                             |                              | 精神症状の発症時期                          |                                   | 年 月 頃                         |                                  |                                  |
| 通院中医療機関                     | <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 有 ( )            |                                   |                              | <input type="checkbox"/> 障害者手帳の有・無 |                                   |                               |                                  |                                  |
| 紹介の有無                       | <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 有 ( )            |                                   |                              | (種類 )                              |                                   |                               |                                  |                                  |
| 身体合併症<br>(複数回答)             | <input type="checkbox"/> 高血圧  |   | <input type="checkbox"/> 糖尿病      |                              | <input type="checkbox"/> 脂質異常症     |                                   | <input type="checkbox"/> 心疾患  | <input type="checkbox"/> 肺疾患     | <input type="checkbox"/> 肝疾患     |
|                             | <input type="checkbox"/> 脳卒中  |   | <input type="checkbox"/> 骨折       |                              | <input type="checkbox"/> 関節変形      |                                   | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 | <input type="checkbox"/> ガン      | <input type="checkbox"/> 難病      |
|                             | <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 手術歴： |   |                                   |                              |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |
| アレルギー                       | <input type="checkbox"/> 無  |   | <input type="checkbox"/> 食物(内容： ) |                              |                                    | <input type="checkbox"/> 薬物(内容： ) |                               |                                  |                                  |
| 感染症                         | <input type="checkbox"/> 無  |   | <input type="checkbox"/> 有 (内容： ) |                              |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |
| 最終学歴                        | <input type="checkbox"/> 小学校  |   | <input type="checkbox"/> 中学校      |                              | <input type="checkbox"/> 高校        |                                   |                               |                                  |                                  |
|                             | <input type="checkbox"/> 大学   |   | <input type="checkbox"/> 専門学校     |                              | <input type="checkbox"/> 短大        |                                   |                               |                                  |                                  |
| 生活歴<br>(出身地・<br>職歴等)        | 例：石川県小松市出身。○歳から○歳まで○○○会社に勤務 など  |   |                                   |                              |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |
| 病前                          | <input type="checkbox"/> 内向的  |   | <input type="checkbox"/> 社交的      |                              | <input type="checkbox"/> 友好的       |                                   | <input type="checkbox"/> 対立的  | <input type="checkbox"/> 慎重      | <input type="checkbox"/> 神経質     |
| 性格・気質                       | <input type="checkbox"/> 温厚   |   | <input type="checkbox"/> 短気       |                              | <input type="checkbox"/> 活発        |                                   | <input type="checkbox"/> 繊細   | <input type="checkbox"/> こだわりが強い | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 趣味・役割                       |   |   |                                   |                              |                                    |                                   |                               |                                  |                                  |

II 健康状態

\* 該当箇所には☑を入れる。

|          |      |   |  |                                   |   |  |
|----------|------|---|--|-----------------------------------|---|--|
| 食事       | 食事   | <input type="checkbox"/> 問題なし   | <input type="checkbox"/> 食べ過ぎ  | <input type="checkbox"/> 少量       | <input type="checkbox"/> 食べない                           | <input type="checkbox"/> 偏食                              |
|          | 水分   | <input type="checkbox"/> 問題なし   | <input type="checkbox"/> 飲み過ぎ  | <input type="checkbox"/> 少量       | <input type="checkbox"/> 飲まない                           | <input type="checkbox"/> アルコール問題                         |
|          | ムセ   | <input type="checkbox"/> 問題なし   | <input type="checkbox"/> たまに   | <input type="checkbox"/> 常に       | 義歯  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    |
|          | 食事形態 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> なめらか食 |  |                                   |   |  |
|          | 備考   |   |  |                                   |   |  |
| 排泄       | 排尿   | <input type="checkbox"/> 問題なし   | <input type="checkbox"/> 頻尿 ( <input type="text"/> 回/日)                          | <input type="checkbox"/> 夜間頻尿     | <input type="checkbox"/> 失禁 ( <input type="text"/> 回/日) |  |
|          | 排便   | <input type="checkbox"/> 問題なし   | <input type="checkbox"/> 便秘 ( <input type="text"/> 回/日)                          | <input type="checkbox"/> 下痢       | <input type="checkbox"/> 失禁 ( <input type="text"/> 回/日) |  |
|          | 下剤   | <input type="checkbox"/> 問題なし   | <input type="checkbox"/> たまに   | <input type="checkbox"/> 週1回      | <input type="checkbox"/> 週2~3回                          | <input type="checkbox"/> それ以上                            |
|          | オムツ  | <input type="checkbox"/> 紙パンツ   | <input type="checkbox"/> 紙パンツ+パット  | <input type="checkbox"/> 紙パンツ+オムツ | <input type="checkbox"/> オムツ                            | <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="text"/> )    |
|          | 備考   |   |  |                                   |   |  |
| 睡眠       | 時間   | <input type="checkbox"/> 問題なし   | <input type="checkbox"/> 不眠  | <input type="checkbox"/> 昼夜逆転     | <input type="checkbox"/> 入眠困難                           | <input type="checkbox"/> 中途覚醒                            |
|          | 眠剤   | <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 有 (種類 <input type="text"/> ) (頻度 <input type="text"/> ) |                                   |   |  |
|          | 備考   |   |  |                                   |   |  |
| 痛み       | 支障   | <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 有 (部位: <input type="text"/> )                           |                                   |   |  |
|          | 備考   |   |  |                                   |   |  |
| 趣好の問題    |      | <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> アルコール (内容: <input type="text"/> )                       |                                   | <input type="checkbox"/> タバコ                            | <input type="checkbox"/> 薬物                              |
| 転倒       | 頻度   | <input type="checkbox"/> 問題なし   | <input type="checkbox"/> たまに   | <input type="checkbox"/> 週1回      | <input type="checkbox"/> 週2~3回                          | <input type="checkbox"/> それ以上                            |
|          | 場所   | <input type="checkbox"/> 屋外   | <input type="checkbox"/> 玄関  | <input type="checkbox"/> 風呂場      | <input type="checkbox"/> トイレ                            | <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> その他 |
| 麻痺       |      | <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 有 部位: <input type="text"/>                              |                                   |   |  |
| 筋力低下     |      | <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 有 部位: <input type="text"/>                              |                                   |   |  |
| パーキンソン病  |      | <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 有   |                                   |   |  |
| めまい      |      | <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 有   |                                   |   |  |
| 服薬管理     |      | 援助の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: <input type="text"/> )  |  |                                   |   |  |
| その他気になる点 |      |   |  |                                   |   |  |

介護サービスご利用の方 ※分かる範囲でご記入ください。

III 介護分野

|                |                            |   |      |                          |                      |   |   |   |   |
|----------------|----------------------------|---|------|--------------------------|----------------------|---|---|---|---|
| 介護度            |                            | 認定期間  | 年    | 月                        | 日                    | ~ | 年 | 月 | 日 |
| 介護支援専門員        | 事業所                        | 氏名  | 連絡先  |                          |                      |   |   |   |   |
| 施設申し込み         | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="text"/> ) |      |                          |                      |   |   |   |   |
| 介護サービス<br>利用状況 | 訪問看護                       | <input type="text"/> 回/週                            | 通所介護 | <input type="text"/> 回/週 |                      |   |   |   |   |
|                | 訪問介護                       | <input type="text"/> 回/週                            | 通所リハ | <input type="text"/> 回/週 |                      |   |   |   |   |
|                | 訪問リハ                       | <input type="text"/> 回/週                            | 短期入所 | <input type="text"/> 回/月 |                      |   |   |   |   |
|                | 福祉用具                       |   |      | その他                      | <input type="text"/> |   |   |   |   |

IV 日常生活 (ADL/IADL)

|     |      |                             |                                  |                               |                              |                             |
|-----|------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ADL | 食事   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声掛け/見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|     | 移乗   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声掛け/見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|     | 整容   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声掛け/見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|     | トイレ  | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声掛け/見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|     | 入浴   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声掛け/見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|     | 屋内歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声掛け/見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|     | 屋外歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声掛け/見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|     | 階段昇降 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声掛け/見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 不明 |
|     | 更衣   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 声掛け/見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 不明 |