

④ ご家族等について教えてください。

* 家族構成等を記入し、該当項目に○をしてください

親	父（健在・他界・離婚）	母（健在・他界・離婚）		
	お名前 _____ 歳	お名前 _____ 歳	_____ 歳	_____ 歳
配偶者	（未婚・他界・離婚）		既婚→	お名前 _____ 歳
子供	①男・女 _____ 歳	②男・女 _____ 歳	③男・女 _____ 歳	④男・女 _____ 歳
	⑤男・女 _____ 歳	⑥男・女 _____ 歳		
兄弟姉妹	①男・女 _____ 歳	②男・女 _____ 歳	③男・女 _____ 歳	④男・女 _____ 歳
	⑤男・女 _____ 歳	⑥男・女 _____ 歳		

⑤ 気になる症状について * 下記の質問の当てはまるものに○をしてください

睡眠	◆不眠 ◆途中で目が覚める	◆寝付かれない ◆早朝に目がさめる	◆浅眠	
食欲	◆食欲がない ◆拒食	◆食欲旺盛 ◆過食		
情緒・気分の変化	◆何もする気がしない ◆集中力がない ◆あせる ◆動くのがおっくう ◆仕事が手につかない ◆考えがまとまらない ◆おしゃべりになった ◆声などが聞こえる ◆いつも嫌がらせをされている ◆盗聴されていると思う	◆ゆううつ ◆イライラ ◆気分が落ち込む ◆楽しくない ◆悩み、心配事が多い ◆死にたい気持ちになる ◆攻撃的 ◆周囲の人が自分の悪口を言う ◆物事を悪く受け取ってしまう ◆誰かに見張られている感じがする	◆涙もろい ◆落ち着かない ◆不安感 ◆ささいなことで興奮 ◆緊張しやすい	
物忘れなど	◆新しい事が覚えられない ◆日時、場所、人物などがわからない ◆お金・通帳が盗まれる ◆今まで出来ていたことができない ◆現実にはない物が見えたり、聞こえたりする ◆何かを探しまわったり、どこかに行って戻れなくなる ◆ささいなことで大声を上げたり手を挙げる ◆昼と夜が反対になった	◆同じ事を言ったり聞いたりする ◆独り言を言う ◆食べ物以外の物を口にする ◆介護されるのを嫌がる		
体調など	◆吐き気 ◆パニック発作 ◆呼吸がしづらい ◆頭痛	◆嘔吐(おうと) ◆動悸(ドキドキ) ◆手足のしびれ ◆肩こり	◆自傷行為 ◆冷感 ◆下痢 ◆体重が減った	◆けいれん ◆疲れやすい ◆便秘

⑥ 現在飲んでいる薬がありますか？

- ◆はい ⇒ お薬手帳や薬の名前が分かるものを持参されてますか？
 ◆はい ⇒ そちらを提出してください。
 (薬を持参されている方は外来看護師にお知らせください。)
 ◆いいえ ⇒ 薬の名前をすべて記入してください。

⑦ 今までの大きな病気、現在通院している病気についてご記入ください。

時 期	病 名	病 院 名	○をしてください
年頃 歳頃			通院中・通院歴有・入院歴有
年頃 歳頃			通院中・通院歴有・入院歴有
年頃 歳頃			通院中・通院歴有・入院歴有
年頃 歳頃			通院中・通院歴有・入院歴有
年頃 歳頃			通院中・通院歴有・入院歴有
年頃 歳頃			通院中・通院歴有・入院歴有

⑧ 薬や食べ物で、アレルギーをおこしたことがありますか？

- ◆はい ⇒ 薬 _____
 ◆いいえ 食品 _____
 その他 _____

⑨ あなたは「アルコール」を飲みますか？

- ◆毎日飲む ◆時々飲む ◆飲まない ◆約()年前にやめた
 ◆ビール 350ml・500ml 缶/日
 ◆ウイスキー 杯/日
 ◆焼酎 ◆日本酒 合/日
 ◆ワイン ◆その他() /日

*飲酒による問題行動がありましたか？ ◆あり ◆なし

⑩ 介護保険の申請はしていますか？

- ◆済み ◆なし ◆申請中 ◆今後申請予定(記入用紙をお渡しします)
 介護認定区分 (要支援 1・2) (要介護 1・2・3・4・5)

※ 当院では、原則、お名前をお呼びいたしておりますが
 ・ 個人名で受付したくない方 ・ お名前を呼ばれたくない方
 上記、ご希望の方は受付にお申し出下さい。

ご協力ありがとうございました。

尚、お分かりにならないことがございましたら外来看護師におたずねください。