

もの忘れ、うつと不安の外来問診票《山本メディカルセンター》

ふりがな

氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号(本人) 自宅 _____ 携帯 _____

ふりがな

同伴者 氏名 _____

電話番号(同伴者) 自宅 _____ 携帯 _____

なるべくご希望に沿った診察を行うため、お手数ですが、該当する□に をお願いします

・お家での生活でのお困りごと

なし あり (_____)

・お仕事のお困りごと

なし はたらいっていない あり (_____)

・お薬・食べ物のアレルギー

なし あり (_____)

・ご持参いただいた書類

なし あり・・・ 紹介状 お薬手帳 その他 (_____)

・現在持っているお病気はありますか？また、服用中のお薬はありますか？

なし あり・・・ 高血圧症 高脂血症 糖尿病 心不全 不整脈 喘息 肝機能障害

うつ病 パニック障害 パーキンソン病 その他 (_____)

病名	期間	通院中の病院の名前	服用中のお薬・サプリメント
_____	年 月～	_____	_____
_____	年 月～	_____	_____
_____	年 月～	_____	_____
_____	年 月～	_____	_____

・過去にかかった大きなお病気やけがを治療したことはありますか？

なし あり・・・ 高血圧症 高脂血症 糖尿病 心不全 不整脈 喘息 肝機能障害

うつ病 パニック障害 パーキンソン病 その他 (_____)

病名	期間	通院していた病院の名前	服用していたお薬・サプリメント
_____	年 月～ 年 月	_____	_____
_____	年 月～ 年 月	_____	_____
_____	年 月～ 年 月	_____	_____
_____	年 月～ 年 月	_____	_____

・血縁・婚姻関係のご家族について教えてください

続柄	ご年齢	同居の有無	健康状態	心療内科・精神科受診経験の有無と、病名
父	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名: _____
母	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名: _____
兄弟/姉妹	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名: _____
兄弟/姉妹	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名: _____
兄弟/姉妹	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名: _____
兄弟/姉妹	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名: _____
夫/妻	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名: _____
子(第1子)	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名: _____
子(第2子)	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名: _____
子(第3子)	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名: _____
子(第4子)	歳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり…病名: _____

・女性の方だけ をつけてください
妊娠 なし あり 授乳 なし あり

・本日、受診された理由に をつけてください。
 認知症の鑑別診断を受けたい 介護認定を受けたい
 うつ病、パニック障害の鑑別診断を受けたい
 傷病手当金申請意見書、障害者手帳診断書などを作成してほしい
 社会福祉サービスについてのアドバイスを受けたい
 検査などで症状の原因を明らかにしたい 検査よりも症状をやわらげたり、消したりしてほしい
 転院希望 セカンドオピニオン希望
 その他 ()

・どのような症状がありますか？ をつけてください。
1. 物の忘れと、その他の症状（物忘れの方のみ、 をつけてください）

- 同じことを何度も言う、する
- 日にちなどが分からなくなる
- 慣れた道に迷う
- 薬の飲み間違いが多い
- 些細なことで怒りっぽくなる
- 計算、運転などミスが多くなった
- 物を盗まれたという
- 身だしなみを構わなくなった
- しまい忘れが増え、いつも探し物をする
- 落ち込みがある
- 趣味やテレビに興味を示さなくなった
- 歩き方が小刻みになった
- おしっこが近い、間に合わない
- おしっこが出にくい
- (男性のみ)前立腺の病気がある
- 便秘である
- 薬がききすぎる。風邪薬などでも眠たくなる
- ないはずのものが見えるという
- 誰もいないのに人がいるという
- 寝ながら叫ぶ、暴れるなどする。
- 寝言が多い
- 急に気を失ったことがある
- むせやすくなった
- 食事でもせて、肺炎を起こしたことがある。
- まじめな性格である
- 趣味もないほどまじめである
- 万引きや無銭飲食をしたことがある
- 人の食事を勝手にとる
- 食べ過ぎたり、妙なものを口に入れる、極端に甘いもの食べるなどするようになった。
- 突然スイッチが入ったように怒るかと思えば、ケロッとしたりするようになった。
- 家族のあとをついて回る、ひとりにされると怒り出す、人が多いと興奮するなどするようになった。
- その他 ()

・もの忘れに気づいたのはいつ頃からですか？そのきっかけになった出来事は何ですか？

年 月 日頃から（ 歳頃から）
きっかけ（)

・どのように経過していますか？

- だんだん目立つようになっていく 変わらず続いている 良い時と悪い時の差が大きい
介護保険の申請状況、ご利用中のサービスについて をつけてください
申請： なし あり… 要支援() 要介護() なし 申請中
利用サービス： なし あり
 通所介護(デイサービス) 通所リハビリ(デイケア) 訪問介護(ホームヘルプ) 訪問看護
 訪問リハビリ 訪問入浴 短期入所介護(ショートステイ) その他()

2. うつの症状

- 気持ちが落ち込む 涙もろくなった 死にたいと思ってしまう 罪悪感が続いている
 仕事や家事をやる気がでない 朝起きるのがつらい 体がだるい 疲れやすい
 集中力がなくなり、ミスが多くなった 考えがまとまらない ソワソワして落ち着かない
 その他

()

うつの症状に気付いたのはいつごろからですか？そのきっかけになった出来事は何ですか？

年 月 日頃から
きっかけ ()

3. 不安の症状

- 身体の症状がまた出てこないかと、不安が続いて煩わされている
 具体的な思い当たりのない、漠然とした不安感が続いている 気持ちが焦りやすい
 胸がドキドキする 息苦しくなる 手足が震える 手足がしびれる 舌がうまく回らない
 人前に出たり、発表するのが苦手で緊張が強い
 戸締りや火の元が気になって、何度も確認する
 事故にあった、いじめにあったなどの経験があり、思い出すと感情のコントロールが難しくなる
 その他

()

・不安の症状に気付いたのはいつごろからですか？そのきっかけになった出来事は何ですか？

年 月 日頃
きっかけ ()

4. その他のこころの症状（もの忘れの方は、 を飛ばして頂いても大丈夫です）

- 気分がむらがあり、カッとなりやすい
 食欲と睡眠にムラがあり、不規則になっている
 何かにせかされているような焦りを感じる
 周りがきちんと動いてくれなくて、イライラすることがある
 羽目を外してしまったり、お金のお無駄遣いの指摘がある。
 自分だけのけ者にされている気がする
 わざといじわるをされる気がする
 いろんな考えが頭に浮かんで、まとまらない気がする
 誰かに見られている、聞かれている、噂されている感じにとらわれている
 周囲が変わった気がする
 自分の考えを他人に読み取られている気がする
 いないはずの人の声や物音に悩まされている
 自分には見えているのに、周囲の人には見えないと否定されてしまう

3. お仕事について、 をつけてください

もともと働いていない（定年退職をした、専業主婦など）
仕事に支障が出ている 欠勤している 休職中：()年()月から 離職中：()年()月から
会社名： 職業： 勤続年数： ()年間

勤務内容

勤務時間 週()日勤務 通勤時間 片道()時間

規則的 不規則 忙しい 仕事を楽しめない
休みたいが、一度休むとそのままになりそうで休めない
残業が多い…（毎月 40～60 時間 毎月 60～79 時間 毎月 80 時間以上）
ノルマがあり、こなすのが難しい
人間関係の問題がある…上司との関係 同僚との関係 部下との関係 その他()

4. おうちでの生活について、 をつけてください

介護の問題がある 育児の問題がある
家事を休みたいが、一度休めばそのままになりそうで休めない
人間関係の問題がある…親との関係 夫婦関係 パートナーとの関係
その他()

5. 頼りになる人について、 をつけてください

息子 娘 兄弟姉妹 親戚 職場の上司 職場の同僚 友人 母 父

6. あなたはどこで生まれ育ち、どんな学校へ行き、どんな仕事につきましたか？ をつけてください
生まれたところ () 育ったところ ()

7. 学校での様子で特に変わったところが

なかった
あった…特殊学級にいた いじめにあったことがある 学校に行けなくなったことがある
その他 ()

8. 最終学歴： 尋常小学校 小学校 中学校 高等学校 専門学校 大学 大学院
上記を 卒業 中退 在学中

9. 主な職歴（営業、製造業、専業主婦など） 就労期間 雇用形態(常勤、非常勤、パートなど)

年	月	～	年	月

3回以上の転職歴 なし あり…()回

10. 上記以外に、医師に伝えたいことがあればご記入をお願いします

なし あり… ()

当外来をどのようにしてお知りになりましたか？

知人の紹介 家族の紹介 他の病院からの紹介 院内の広告を見て ホームページを見て
その他 ()

◆ご協力ありがとうございました。窓口にお出してください