

来院されたご本人様・ご家族様へ

聖マリアンナ医科大学病院 神経精神科
高齢者専門外来 問診票

氏名 様 年齢 歳

※ 以下の症状がありますか？ または これまでありましたか？
あてはまるものすべてに丸をつけ、いつ頃から症状があったか教えてください。

No.	質問事項	回答	
1	立ちくらみ、めまいがする	はい	いいえ
<ul style="list-style-type: none"> ・ どんなときに症状がありますか？ <ul style="list-style-type: none"> a. イスから立ち上がったとき b. トイレのあと c. 食事のあと d. その他 ・ いつ頃から症状があったでしょうか = ()年ぐらい前から 			
2	便秘をしている	はい	いいえ
<ul style="list-style-type: none"> a. 3日以上出ないことがよくある b. 下剤を常用している ・ いつ頃から症状があったでしょうか = ()年ぐらい前から 			
3	鼻が利かない、匂いがわかりづらい	はい	いいえ
<ul style="list-style-type: none"> a. 食べ物の香りがわかりづらい b. くさいにおいに気がつかない ・ いつ頃から症状があったでしょうか = ()年ぐらい前から 			
4	寝ているときに、「夢の内容」に合わせて体を動かす	はい	いいえ
<ul style="list-style-type: none"> a. 腕をバタバタさせる b. 殴るようなしぐさ c. 蹴るようなしぐさ d. 走るような動き ・ いつ頃から症状があったでしょうか = ()年ぐらい前から 			
5	寝ているときに、はっきりとした寝言を言う	はい	いいえ
<ul style="list-style-type: none"> ・ いつ頃から症状があったでしょうか = ()年ぐらい前から 			
6	気持ちが落ち込む、ゆううつな気分・絶望的な気分になることが1ヶ月以上あった	はい	いいえ
<ul style="list-style-type: none"> ・ いつ頃から症状があったでしょうか = ()年ぐらい前 			
7	小さなことにくよくよしたり、何をしても楽しくないと感じたことが1ヶ月以上あった	はい	いいえ
<ul style="list-style-type: none"> ・ いつ頃から症状があったでしょうか = ()年ぐらい前 			

※ 最近の調子についてお聞きします。以下の15個の質問に“はい”/“いいえ”のいずれかでお答えください

No.	質問事項	回答	
1	毎日の生活に満足していますか	いいえ	はい
2	毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いますか	はい	いいえ
3	生活が空虚だと思いますか	はい	いいえ
4	毎日が退屈だと思ふことが多いですか	はい	いいえ
5	大抵は機嫌よく過ごすことが多いですか	いいえ	はい
6	将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか	はい	いいえ
7	多くの場合は自分が幸福だと思いますか	いいえ	はい
8	自分が無力だなあと思ふことが多いですか	はい	いいえ
9	外出したり何か新しいことをするより家にいたいと思いますか	はい	いいえ
10	何よりもまず、もの忘れが気になりますか	はい	いいえ
11	いま生きていることが素晴らしいと思いますか	いいえ	はい
12	生きていても仕方ないと思ふ気持ちになることがありますか	はい	いいえ
13	自分が活気にあふれていると思いますか	いいえ	はい
14	希望がないと思ふことがありますか	はい	いいえ
15	周りの人があなたよりも幸せそうに見えますか	はい	いいえ

もの忘れはありますか	はい	いいえ
・ もの忘れはいつ頃からあったでしょうか = ()年ぐらい前から		

スムーズな診察を行うため、わかる範囲内で下記の事項をご記入ください。
あてはまるところには○をつけてください。

問1. 最初にあらわれたのはどのような症状ですか。

- 1 物忘れ 2 物をなくす 3 方向感覚が悪くなった 4 計算が苦手になった
5 会話が困難になった 6 意識の低下 7 性格が変わった 8 能率が悪くなった
9 眠れなくなった 10 気分が重くなった 11 「死にたい」などと口にするようになった
12 実際にはないものが見えたり聞こえたりするようになった
13 その他 (_____)

問2. いつ頃から症状が始まりましたか。

_____ 年 _____ 月 から (または _____ 歳頃)

問3. 発病のきっかけと思われるものはありますか。

- 1 ない 2 ある (内容 _____)

問4. ほかに症状がありましたらお書きください。

症状 _____

いつ頃から _____ 年 _____ 月から (または _____ 歳頃)

問5. 症状は現在までに変化していますか。

- 1 変わらない 2 良くなった 3 悪くなった 4 日によって違う

問6. これまでにメンタルクリニックや精神科の治療を受けましたか。

- 1 受けない
2 受けた _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで _____ 病院 入院・通院
診断病名 _____

問7. ご家族・ご親戚で同じ症状で困っている方やメンタルクリニック・精神科に通院している方はいらっしゃいますか。

ご続柄 _____ 病名 _____

問8. 今までにかかった主な病気・ケガについて書いてください。

(手術経験や高血圧・高コレステロール血症・糖尿病・頭の大ケガなど)

_____ 年 病名 _____ 病院に通院中
_____ 年 病名 _____ 病院に通院中
_____ 年 病名 _____ 病院に通院中

問9. アレルギー (食品・薬品など) 歴を教えてください。

問10. 簡単な生い立ちを教えてください。

生まれたところ _____ 育ったところ _____

兄弟姉妹の人数 _____ 人の同胞の _____ 番目

最終卒業学校 _____

職業 _____ 歳から _____ 歳まで _____

_____ 歳から _____ 歳まで _____

結婚歴 未婚 結婚 (_____ 年または _____ 歳)

離婚 (_____ 年または _____ 歳) 死別 (_____ 年または _____ 歳)

問11. 習慣について教えてください。

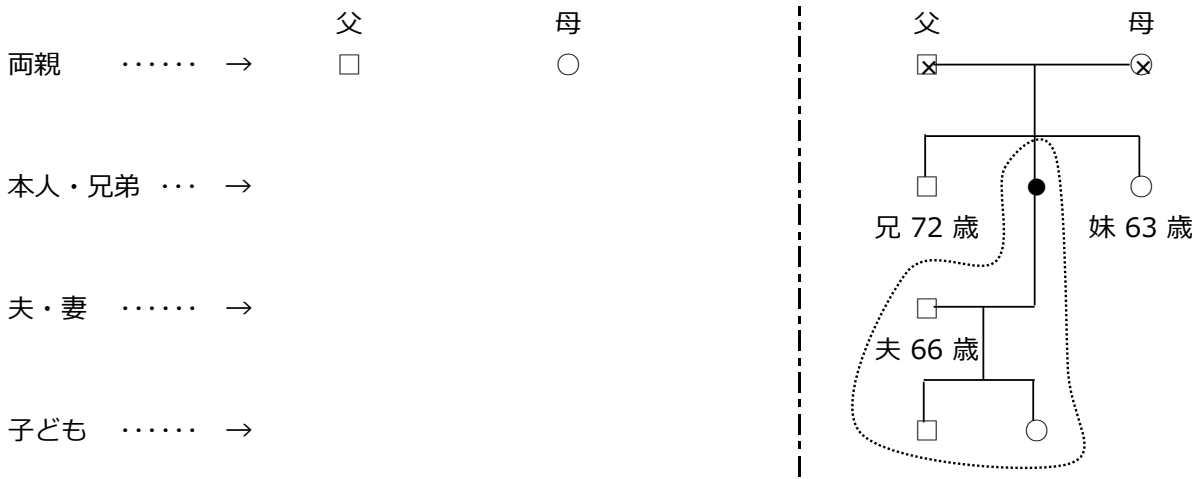
お酒は 1. 飲まない 2. 飲む (1日 合) 3. 今はやめている (_____ 歳から)

タバコは 1. 吸わない 2. 吸う (1日 本) 3. 今はやめている (_____ 歳から)

いつも飲んでいる薬は 1. ない 2. ある (下に具体的にお書きください)

問12. 家系図を右の記入例の様に書いてください。(男性は□、女性は○で書いてください。

また亡くなった方には×印をつけてください。また現在同居中の方を線で囲んでください)



高齢者専門外来診療で得られた臨床的情報（問診票の記載内容や検査（神経心理・神経画像・脳波・血液検査など）の結果）は、医療の向上や医療従事者の教育を目的として学会や医学雑誌などに公表されることがありますが、あなたの名前など個人情報は一切わからないようにし、プライバシーは守ります。

同意されない場合は、下記にチェックを入れてください。なお、この内容に同意をされなかった場合や、同意を撤回された場合においても、あなたが診療上、不利益を受けることはありません。

いかなる場合でも公表に同意いたしません

ありがとうございました。

書き終わりました問診表はスタッフにお渡しください。