

問診票 (相談時にお持ちください)

記入日:令和 年 月 日

対象者氏名: 男・女	住所: 横浜市港北区
生年月日: 大・昭・平 年 月 日 ()歳	電話番号: ()
相談者: 本人・その他()	
相談したい内容:	

★以下、相談時に必要な情報となりますので、可能な範囲でご記入ください。(該当項目に☑をしてください。)

1 家族構成や家庭内での支援の状況について

- (1)同居家族: なし・夫・妻・父・母・子ども(人)・兄・弟・姉・妹・その他()
- (2)家族で、生活習慣病(高血圧、糖尿病等)の方はどなたかいますか: いない・いる(誰:)
- (3)調理を担当している人はどなたですか:
- (4)介護サービスの利用はありますか: なし・あり(内容:)
- (5)介護が必要な場合、介護を担当している人はどなたですか:

2 現在治療中の病気、受診、内服薬等について

- (1)現在治療中の病気はありますか: なし・あり(病名:)

↓ 下記にもお答えください

- ・上記の病気はいつ頃から治療を開始しましたか:
- ・どちらの医療機関で治療をしていますか: 医療機関名()
- ・薬は内服していますか: なし・あり(薬剤名※1:)
- ・治療の上で、医師からの指示事項はありますか: なし・あり(内容※2:)

※1お薬手帳をお持ちの方は薬剤名の記入は不要です

※2医師の指示書をお持ちの方は、記載不要です

- (2)これまでに手術や入院等が必要な病気をしたことがありますか: なし・あり(病名:)
- (3)健康診断は受診していますか: していない・している(最終受診時期: 年 月)
- (4)健康診断後に保健指導を受けたことはありますか: なし・あり(内容:)
- (5)歯科医院の受診はありますか: なし・あり(頻度:)
- (6)現在、何か自覚症状はありますか:

- 特になし 頭痛 めまい 耳鳴り 息切れ・動悸 胸痛 喉の渇き 感覚障害 肩こり 腰痛
- 膝痛 しびれ 下痢 食欲不振 便秘 不眠 イライラ 疲れやすい 食事中にむせる
- 固いものが食べられない 歯が痛む 歯磨き時の出血 その他()

3 生活リズムや生活習慣等について

- (1)お仕事をされていますか: していない・している(職業:)
- (2)一日の生活リズムは規則正しいですか: 規則正しい・不規則
- (3)生活リズムを下記の時間割に可能な限り書き込んでください。

0時 6時 12時 18時 24時

【記入例】



- (4)間食は食べますか: 食べない・食べる(週 回、どんなもの: 、1回の量)
- (5)清涼飲料水(お茶は含まない)は飲みますか: 飲まない・飲む(週 回、どんなもの: 、1回の量 ml)
- (6)コーヒー・紅茶は飲みますか: 飲まない・飲む(日・週に 杯、砂糖: なし・あり、クリーム: なし・あり)
- (7)栄養補助食品(サプリメント)の使用はありますか: 使わない・使う(種類:)
- (8)運動はしていますか: していない・している(週 回、どんな運動: 、1回あたり 分)
- (9)アルコールは飲みますか: 飲まない・飲む(週 回、種類 、1回量 ml)
- (10)たばこは吸いますか: 吸わない・吸っていたがやめた 年前・吸う(1日 本を 年間)
- (11)歯みがきしていますか: している(1日 回)・していない
- (12)健康のために日常生活で意識していること・行っていることはありますか