

問診票

| | | | |
|-------|--------|---|---|
| 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 本人氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 記入者氏名 | 続柄 () | | |

※当てはまる□に✓をつけてください

更新 新規
受診日にお渡し 役所に郵送 でき次第電話(Tel:)
在宅(同居人あり) 在宅(一人暮らし) 施設入所
療育手帳(級) 精神保健福祉手帳(級) 身体障害者手帳(級 疾患名:)
特別支援学校 特別支援学級
ガイドヘルプ(月 回) ヘルパー(週 回) ショートステイ(月 回) 通所施設(週 回)

日常生活でお困りのことについてお聞かせください。
 一人できないことも支援があればできる場合や体調の良し悪しで変わる場合は「3」に○を付けてください。
 同居者、支援者から受けておられる援助があれば具体的にご記入ください。

| | | | |
|---|-------------------|--------------------------|--------------|
| 他科受診について | | 定期的に受診している科に✓をつけてください | |
| <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 入院歴(直近2年間) | | □なし □あり ありの場合、以下にご記入ください | |
| 令和 | 年 月～ | 年 月 | (傷病名:) |
| 令和 | 年 月～ | 年 月 | (傷病名:) |
| 身体の状態 | | 当てはまる□に✓をつけてください | |
| 利き腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 身長 cm 体重 kg 半年間で <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 麻痺(部位) <input type="checkbox"/> 筋力の低下(部位) <input type="checkbox"/> 関節の痛み/動かしにくさ(部位) <input type="checkbox"/> じょくそう部位(部位) | | | |
| 食事について | できる1 | 5できない | 具体的内容(支援方法等) |
| 1日3食、食べることができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | | |
| 過食、小食等なく間食も含め適量を食べることができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | | |
| その他お困りごと | | | |
| 清潔保持について | できる1 | 5できない | 具体的内容(支援方法等) |
| 毎日シャワー / 入浴することができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | | |
| 朝晩洗面、歯磨きができています | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | | |
| 1人で衣服の着脱、季節に合った服を着ることができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | | |
| 1人でトイレに行くことができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | | |
| 部屋の整理整頓ができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | | |
| その他お困りごと | | | |

※裏面のご記入もお願いいたします。

| | | |
|--|-------------------|--|
| 通院と服薬 | できる 5できない | 具体的内容 (支援方法等) |
| 一人で決められた日に通院することができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| 自分で処方通りに服薬することができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| その他お困りごと | | |
| 生活リズムについて | できる 5できない | 具体的内容 (支援方法等) |
| 規則正しい生活で、睡眠リズムが安定している | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| 途中で目が覚めることなく眠ることができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| その他お困りごと | | |
| 金銭管理について | できる 5できない | 具体的内容 (支援方法等) |
| お金の計算ができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| 計画立ててお金を使うことができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| その他お困りごと | | |
| コミュニケーションについて | できる 5できない | 具体的内容 (支援方法等) |
| 自分の伝えたいことを伝えることができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| 相手の話を理解することができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| 相手の気持ちを想像することができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| その他お困りごと | | |
| 精神状態について | ある 5ない | 具体的内容 (支援方法等) |
| 不安/ゆううつな気持ちになることがある | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| 気分がハイな状態になることがある | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| その他お困りごと | | |
| 外出について | できる 5できない | 具体的内容 (支援方法等) |
| 一人で外出することができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| 電車やバスに乗ることができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| その他お困りごと | | |
| 安全保持および危機対応について | できる 5できない | 具体的内容 (支援方法等) |
| 危険な物、場所を理解することができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| 自転車や車の飛び出しに気づくことができる | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 | |
| 自分を傷つけるような行為がある | ある ・ ない | |
| 他者を傷つけるような行為がある | ある ・ ない | |
| てんかん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 週に1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 年1回以上 | | 徘徊 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (傷病名:) | | |