

問診表

年 月 日

健康情報を把握し、ベストの施術を行うために必要な情報です。

黒枠の箇所のみご記入ください

ふりがな

お名前

様

ご住所

電話番号

生年月日

年

月

日

メールアドレス

@

i.softbank.jp

ezweb.ne.jp

domoco.ne.jp

当院を知ったきっかけはなんですか？

ホームページ Facebook チラシ 看板 紹介 (紹介者:) その他()

①現在の生活について確認 ADL表に記入

②様子に変だなと思ったのはいつ頃ですか？また、その内容。そして対応について
時期

内容

対応 医師の診察、診断 有・無 診断名：

③ ②以降から現在までの変化を時系列で聴いていく

④ ①と③や観察で確認した内容に当てはまる項目へチェック

※チェックしていない項目についても聴いてみる。追加があればチェック

※アロマの匂いを嗅いでもらい、匂いの感想を聞く

前頭葉に関する項目

聴いたことや行なったこと忘れる(数日後)

話にまとまりがない

マイナスの発言が増えた

言動が雑になった、ポジティブになった

以前やっていた事をやらなくなった

外出が減った

空気のよめない言動がある

途中で作業(料理や掃除など)をやめる、
時間がかかる、失敗する

日中「ぼ～」っとしている時間が長い。

海馬に関する項目

聴いたことや行なったこと忘れる
(すぐ・その日)

忘れた事を忘れている

言動や見かけは健康(常識人)だが、
物忘れがある

匂いがわからない、効きにくくなった

側頭葉に関する項目

言語理解が悪い

流暢に話すが、言葉が出てこないこともある
(あれ、これが多い)

昔の思い出を忘れている

色や形の判別ができない、遅い

幻聴がある

頭頂葉に関する項目

味覚が変わった
(濃い味や甘いものを好んで食べる)

道に迷うことがある

感覚が鈍い(怪我をしても痛くないなど)

道具を使えない

後頭葉に関する項目

幻視がある

物が二重に見える

距離感が悪い

⑤認知症状に関係する服薬について

有・無

⑥これまでになった病気・現在治療している病気

⑦身体の状態

痛みや体のコリなどはあるか？

⑧これができたら・これがなくなったら嬉しいと思う事