

**ご入院予定の患者さんへ**

より良い入院生活を送っていただけるよう、下記の事柄についてお尋ねいたします。

身長 ( ) cm、体重 ( ) kg ※看護師が記入します

インプリンター	患者氏名 (ふりがな)	
	様	
	入院日	
	年 月 日 ( )	
入所中の方はご記入下さい	施設名	電話番号

**■ 病気について (現在治療中や、今まで治療を受けた病気・手術について教えてください)**

時期又は年齢	病名	病院名	経過や現状 (いずれかに○)
			治療中・入院・手術・治療済
			治療中・入院・手術・治療済
			治療中・入院・手術・治療済
			治療中・入院・手術・治療済
			治療中・入院・手術・治療済

**■ 現在の症状を教えてください**

(例: 苦しい、見えにくい等 )

**■ 家族構成 (両親・兄弟・配偶者・子供 (長男・長女など)) を以下に記入してください**  
また、連絡先になりうる方のお名前と入院中のお世話役の方は、連絡先を記入してください

名前(ふりがな)	年齢	性別	続柄	いずれかに○を	居住地	連絡先
例) あきるとろろ 阿伎留 太郎	60	男	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	あきる野市	自宅電話: 042-123-4567 携帯電話: 090-1234-5678
		男・女		同居・別世帯・離婚・死去		自宅電話: 携帯電話:
		男・女		同居・別世帯・離婚・死去		自宅電話: 携帯電話:
		男・女		同居・別世帯・離婚・死去		自宅電話: 携帯電話:
		男・女		同居・別世帯・離婚・死去		自宅電話: 携帯電話:
		男・女		同居・別世帯・離婚・死去		自宅電話: 携帯電話:

**■ 入院中・退院後の介護者はどなたでしょうか (入院中: 退院後: )**

**■ 嗜好品について教えてください (該当項目に☑をつけてください)**

タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う ____ 本/日 <input type="checkbox"/> 吸っていた ____ 本/日 ( ____ 歳) ~ ( ____ 歳)	
アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (ビール・日本酒・焼酎・ワイン) _____ ml/回	



■ 普段の生活状況について（該当欄に○を記入してください）

食事をとる	自立・全介助・一部介助（ ）
乗り降り（移乗）	自立・全介助・一部介助（ ）
容姿を整える	自立・全介助・一部介助（ ）
排泄	自立・全介助・一部介助（ ）
	リハビリパンツ・オムツ・尿取りパット・尿便器・ポータブルトイレ
歩行	自立・全介助・一部介助（ ）
	付き添い・杖・シルバーカー・サークル・車いす・手引き歩行（ ）
階段昇降	自立・全介助・一部介助（ ）
着替え（更衣）	自立・全介助・一部介助（ ）
入浴	自立・全介助・一部介助（ ）
排尿管理	自立・全介助・一部介助（ ）
排便管理	自立・全介助・一部介助（ ）

■ 身体機能低下や障害等について（該当欄に○を記入してください）

障害者手帳	なし	あり	身体障害・療育・精神・難病（ ）級 登録番号（ ）
視 覚	なし	あり	全盲・半盲(みぎ・ひだり)・義眼(みぎ・ひだり)・視野異常(みぎ・ひだり)
			眼鏡 ・コンタクト ・白杖 ・盲導犬 ・点字希望
聴 覚	なし	あり	聴力低下(みぎ・ひだり) ・失聴(みぎ・ひだり)
			大声で可能 ・筆談 ・手話 ・補聴器(みぎ・ひだり)
運 動	なし	あり	上肢(腕)(みぎ・ひだり)・下肢(脚)(みぎ・ひだり)
			脊椎損傷(頸椎・胸椎・腰椎) コルセット ・義手・足（ ） ・装具（ ）
転倒歴	なし	あり	いつ（ ）
言語障害	なし	あり	失語 ・呂律不全 ・筆談 ・手話 ・その他（ ）
味覚障害	異常なし	あり	甘味 ・ 塩味 ・ 苦味 ・ 酸味 ・ 旨味 ・ その他（ ）
嗅覚障害	異常なし	あり	
記憶 認知力	なし	あり	落ち着きがない・もの忘れ・自分の居場所や行く先(目的)を忘れる・理解力の低下・焦燥感がある・集中力の低下・返答が遅い・指導が守れない・徘徊もしくは幻覚がある・幻聴がある・その他（ ）

■ その他について（該当欄に☑を記入してください）

臓器提供意思表示カードをお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
お仕事をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 仕事の内容と勤務時間（ ）
信仰している宗教について教えてください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」の方で宗教名を告げたい方は記入してください（ ）
信仰上、何か制限はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）

■ コロナワクチン接種について（該当欄に☑を記入してください）

- 〃 回接種（最終接種日 年 月 日）会社名：ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・ノババックス・不明
- 未接種