

入院時 情報用紙

現在の状況についてお聞きし、入院中の看護や退院支援に活用させていただきます。

この情報の取り扱いには、十分に注意を払い責任を持って処理させていただきます。

尚、過去3ヶ月以内に当院に入院された方は太枠内のみを、それ以外の方は全てご記入下さい。

診察券番号 (ID) :

ふりがな 氏名	携帯電話：あり・なし — —	入院日 年 月 日
------------	-------------------	--------------

■個人情報保護の観点よりお尋ねします

※「希望しない」を選択された場合、ご家族も対象となります

面会に来られた方への部屋の案内 ☐希望する ☐希望しない

電話の取次ぎ ☐希望する ☐希望しない

■入院中の緊急連絡先（連絡を優先する順番に記入して下さい）

	氏名	続柄	電話番号	住所
1	ふりがな		① ②	市内 (区) 市外 (県・市)
2	ふりがな		① ②	市内 (区) 市外 (県・市)

■今回の入院について医師からどのように聞いていますか

病名 () 入院期間 ()

入院目的 ()

■入院にあたって何かご要望や不安なことなどがありましたらご記入下さい

[]

■アレルギーについて

食事 ☐なし ☐あり ()

薬 ☐なし ☐あり ()

その他 ☐ なし ☐ あり ()

■これまでに病気・けがで治療を受けたことがありますか

☐ いいえ☐はい（下記ご記入下さい）[illegible]

■体内に入っているものがあればチェックをして下さい

☐ペースメーカー ☐シャント（右・左） ☐人工内耳 ☐人工弁 ☐人工骨頭
☐皮下埋め込み式ポート ☐その他（ ）

■障害認定

☐なし

☐あり（種類

■お薬について

現在使用中の薬 ☐なし ☐あり

管理方法 ☐自分で管理 ☐他者

飲み忘れ ☐なし ☐時々ある ☐よくある

■嗜好品について

たばこ ☐吸わない 禁煙中 _____歳から
☐吸う _____歳から _____本／日 _____年間

飲酒 ☐ 飲まない 禁酒中 歳から
☐ 飲む 歳から 回 / (週・月) 年間
種類 () 1 日量 ()

■生活動作について

①歩行 ☐できる ☐見守り・一部介助 ☐介助が必要
補助具の使用 ☐杖 ☐歩行器 ☐車いす
☐その他（ ）

②排泄
排泄方法

☐ できる	☐ 見守り・一部介助	☐ 介助が必要
☐ トイレ	☐ ポータブルトイレ	☐ おむつ
☐ ストーマ	☐ 膀胱留置カテーテル	☐ その他（ ）

③食事

食事方法

水分トロミ

義歯

（差し歯・ブリッジも含む）

義歯取りはずし

☐自分で食べられる ☐見守り・一部介助 ☐介助が必要

☐経口摂取

主食（ 米飯 ・ 軟らかめ ・ 粥 ・ ペースト ）

副食（ 普通 ・ 一口大 ・ きざみ ・ きざみあんかけ ・ ペースト）

☐経管栄養（ 経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ）

☐なし ☐あり

☐なし ☐あり（上：全部・部分 下：全部・部分）

☐可 ☐不可

④入浴 ☐できる ☐介助が必要

■知覚について

- ①視覚障害 ☐なし ☐あり (☐右 ☐左 ☐両)
眼鏡の使用 ☐なし ☐あり
コンタクトの使用 ☐なし ☐あり
②聴覚障害 ☐なし ☐あり (☐右 ☐左 ☐両)
補聴器 ☐なし ☐あり (☐右 ☐左 ☐両)
③言語障害 ☐なし ☐あり
④認知力の低下 ☐なし ☐あり
⑤睡眠障害 ☐なし ☐あり
睡眠薬の使用 ☐なし ☐あり (薬剤名 :)
⑥麻痺 ☐なし ☐あり (部位 :)
⑦痛み ☐なし ☐あり (部位 :) 対処法 ()

■体重の変化 ☐なし ☐あり (+ ・ - kg) 期間 () / 週 ・ 月 ・ 年

■月経 ☐なし ☐あり 最終月経 (月 日 ~ 月 日)
☐閉経 (歳)

■宗教について

宗教上、配慮を要することはありませんか ☐なし ☐あり ()

■社会的背景について

①職業 現職業 () 前職業 ()

②家族構成について

続柄	年齢	今までかかった病気・治療中の病気	同居	死亡時 ☒
		☐ がん () ☐ 脳卒中 ☐ 心疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 他 ()	☐ 同居 ☐ 別居	☐ 死亡
		☐ がん () ☐ 脳卒中 ☐ 心疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 他 ()	☐ 同居 ☐ 別居	☐ 死亡
		☐ がん () ☐ 脳卒中 ☐ 心疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 他 ()	☐ 同居 ☐ 別居	☐ 死亡
		☐ がん () ☐ 脳卒中 ☐ 心疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 他 ()	☐ 同居 ☐ 別居	☐ 死亡
		☐ がん () ☐ 脳卒中 ☐ 心疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 他 ()	☐ 同居 ☐ 別居	☐ 死亡
		☐ がん () ☐ 脳卒中 ☐ 心疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 他 ()	☐ 同居 ☐ 別居	☐ 死亡
		☐ がん () ☐ 脳卒中 ☐ 心疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 他 ()	☐ 同居 ☐ 別居	☐ 死亡

④施設入所

☐ なし	☐ あり
↓	↓
	<u>*入所されている場合は、施設名をご記入下さい。</u>
	・施設名 ()
	・電話 (— —)
	・住所 (市・区・町)
↓	
・希望する退院先	☐ 自宅 ☐ その他 ()

⑥介護認定 ☐なし
☐あり ・要支援（ １・２ ）・要介護（ １・２・３・４・５ ）
☐申請中

⑧ケアマネジャーについて

事業所名（	）	ケアマネジャー氏名（	）
事業所電話（	－	－	） ケアマネジャー携帯（

ご協力ありがとうございました。