

入院される患者さまへ

このたびの入院にあたり、安全で効果的な看護を提供させていただくために、皆様の生活習慣や健康状況をお知らせください。次の項目にそってわかる範囲で記入していただくようお願いいたします。また、現在お使いの薬(内服薬・注射薬・塗り薬・湿布・その他)と薬品名が記載されている用紙や薬手帳はすべて入院時にご持参ください。

この情報は、個人情報保護法に基づき目的以外には使用いたしません。

氏名： _____ 自宅電話番号： _____ 携帯： _____
 記載した方はどなたですか？ ご本人 その他(続柄： _____)

【緊急連絡先】

① 氏名： _____ 続柄() 電話： _____ 居住地()

② 氏名： _____ 続柄() 電話： _____ 居住地()

婚姻の状況について右から選んでください (未婚・既婚・離婚・死別・再婚・内縁)

配偶者・子(未成年者は両親・兄弟)など家族全員を記入してください。日常生活支援者の方に○印をつけてください。

氏名	続柄	年齢	同居の有無	居住地	日常生活支援者
			同居・別居		

あなたが頼りにしている方(病状の説明等を一緒に聞いてほしい方)は、どなたですか？

氏名： _____ 続柄()

あなたの家族の中での役割を教えてください。(主たる生計者・家事・育児・介護・その他)

1. 以下の問いにお答えください。「あり」の場合は右側に内容を記入または選択して下さい。

就業していますか	いいえ	はい	職業()
介護保険	なし	あり	申請中 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) ()級
障害者手帳 社会資源の利用はありますか？	なし	あり	訪問看護・ヘルパー・デイサービス・入浴 ショートステイ・その他 () 【担当ケアマネジャーの氏名・連絡先】 【居宅支援事業所名】
アレルギーはありますか？	なし	あり	食品() 薬品/造影剤() ラテックス(天然ゴム)・金属() その他()
輸血をしたことがありますか？	なし	あり	()才頃
体内に留置されているものはありますか？	なし	あり	人工関節、ペースメーカー、人工内耳、 ポート、その他()

裏面にもあります

2. 今回、入院するまでに経過と、病気について医師からどのように説明を受けていますか？

--

3. 治療や検査、看護に希望すること、心配なことはありますか。

なし	あり	内容

4. 既往歴(いままでに診断された病気)

年齢	病名	治療(○をつけてください)			
		投薬	通院	手術	その他
		投薬	通院	手術	その他
		投薬	通院	手術	その他
		投薬	通院	手術	その他
		投薬	通院	手術	その他
		投薬	通院	手術	その他

5. 以下の問いにお答えください。「あり」の場合は右側に内容を記入または選択して下さい。

現在の症状	なし	あり	内容
飲んでいる薬はありますか？	なし	あり	自分で管理 家族などが管理 【お薬手帳を持参して下さい】
喫煙されますか？	なし	あり 以前	本/日 才から 本/日 才から 才まで
飲酒されますか？	なし	あり	()回/週 主な種類()量()
入れ歯はありますか？	なし	あり	部分入れ歯 総入れ歯 上・下
皮膚でお困りのことはありますか？	なし	あり	乾燥・かゆみ・湿疹・出血班・傷 むくみ・床ずれ
めがね・コンタクトはご使用ですか？	なし	あり	近視 遠視 乱視
聴覚(聞こえ)にお困りですか？	なし	あり	(内容)
味覚にお困りのことはありますか？	なし	あり	(内容)
言語(話すこと)にお困りですか？	なし	あり	(内容)
体の痛みやしびれはありますか？	なし	あり	(部位)
耳鳴りやめまいはありますか？	なし	あり	(内容)
宗教上、配慮することはありますか？	なし	あり	(内容)

6. 以下の問いにお答えください。「あり」の場合は右側に内容を記入または選択して下さい。

最近食欲に変化はありますか？ 食事回数 1日()回	なし	あり	増加 低下
食べられない食品はありますか？	なし	あり	食品名()
吐き気、胃腸症状はありますか？	なし	あり	内容
口の中、噛むこと、飲み込みに 困っていることはありますか？	なし	あり	内容
便回数()日に()回 最終排便 月 日 便秘や下痢はありますか？ 便秘や下痢に薬を使っていますか？	なし	あり	下痢 便秘 薬品名 使用頻度 ()日に()回
尿回数 1日()回 就寝後は ()回 排尿でお困りのことはありますか？	なし	あり	頻回・排尿時の痛み・血が混じる 残尿感・尿漏れ・尿意がない 尿が出づらい・その他()
排泄のために使用しているものはありま すか？	なし	あり	オムツ・自己導尿・尿カテーテル 人工肛門・人工膀胱 その他
入浴 ()日に()回 洗面 1日()回 歯磨き 1日()回 入浴や洗面の介助は必要ですか？	なし	あり	内容
歩行に使用するものはありますか？	なし	あり	杖・歩行器・車椅子・装具 その他()
生活する場所に階段はありますか？	なし	あり	()階建て
呼吸についてお困りのことはありま すか？	なし	あり	ゼイゼイする・息切れ・咳・痰 酸素を使用・人工呼吸器を使用
睡眠時間()時～()時 睡眠についてお困りのことはありま すか？	なし	あり	寝付きが悪い・ぐっすり眠れない 途中で目が覚める
睡眠のために飲んでいる薬はありま すか？	なし	あり	薬品名 () 使用頻度 回/ 日
いびきや歯ぎしりはありますか？	なし	あり	いびき 歯ぎしり 寝言
病気・治療による性に関する心配事は ありますか？	なし	あり	内容
更年期障害の症状はありますか？	なし	あり	内容

【女性のみお答えください】 月経はありますか？	なし	あり	初潮年齢 才 周期 日 最終月経 月 日 月経障害:生理痛 出血多量 その他
妊娠、分娩の経験はありますか？	なし	あり	妊娠 回 分娩 回

以上です。ありがとうございました。