

入院時間診表

(記入年月日)

年 月 日

よりよい入院生活を支える情報として役立てさせていただきますので、正確にご記入してください。

患者様氏名				
	名前	続柄	住所	電話番号
緊急連絡先	①			
	②			
	③			
病状説明を聞いてくださる方		名前		
介護の中心になってくださる方		名前		

1. 家族構成

・ご両親は存命ですか⇒(はい・いいえ)

→父()歳 母()歳

・ご兄弟は何名ですか⇒(名)生存(名)死亡(名)

ご本人は何番目ですか。(番目)

・配偶者の有無(有:年齢 歳 ・ 無:死別・離婚・未婚)

・子どもの有無(有: 名 ・ 無)

・同居されている方(1人暮らし・配偶者・子ども 名・父・母・その他)

2. 既往歴

年齢	病名	治療状況	病院名など
歳		治療中・完治・中断・手術・輸血の有無	

3. かかりつけ医・通院に関すること

病院名	通院方法
(科)	徒歩・車・バス・電車・その他()
(科)	徒歩・車・バス・電車・その他()

4. 現在内服している薬はありますか。

あり・なし

お薬手帳をお持ちの方は看護師にお見せ下さい。

5. 介護保険

対象(はい・いいえ) 対象者→申請済み・申請中・未申請

	現在の 介護認定度	要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
利用 している サービス	居宅事業所	事業所名	電話番号	担当ケアマネージャー	
	訪問介護	回/日	回/週	デイサービス	回/週
	訪問看護		回/週	デイケア	回/週
	福祉用具貸与	車椅子・トイレ・ベッド・エアマット・手すり・その他()			

6. 障害者手帳はお持ちですか。お持ちの方は提出してください。

はい・いいえ

7. アレルギーはありますか。

有 → 食べ物()薬()その他()

無

8. 嗜好について

飲酒の有無 アルコールを飲む頻度はどれくらいですか。

(毎日 時々 飲まない)

何をどれくらい飲みますか。

やめた(年齢 歳まで)

喫煙の有無 吸っている(本/日 年間吸っている)

吸っていない

やめた(年齢 歳まで 年間吸っていた)

9. 住宅状況

基本状況	持ち家・賃貸	戸建て・マンション 団地・アパート	平屋・()階建の()階
	トイレ 和式・洋式	風呂 あり・なし	エレベーター あり・なし
施設入所中の方	施設名 TEL		
ご本人の居室	階	ベッド あり(介護用・非介護用)・なし	
手すりが ついている場所	玄関・トイレ・風呂場・廊下・その他()		
バリアフリー	あり→(場所)・なし		

裏面もご記入ください。

10. 職業

1) 今現在お仕事をされていますか。はい・いいえ

職業歴	職種	具体的内容
歳～ 歳		
歳～ 歳		
歳～ 歳		

2) 下記の職種に従事した事がありますか。あれば○を付けてください。
就業年数を教えてください。

①粉塵作業	⑦長時間運転
②有害物の使用	⑧電離放射線業務
③温度、圧力、光の異常環境の有無	⑨キーパンチャー
④騒音作業	⑩VDT 作業
⑤重量物取り扱い	⑪金銭登録業務
⑥振動工具使用作業	就業年数 _____ 年

3) 現在の経済基盤はなんですか。○を付けてください。
年金 貯蓄 勤労収入 その他()

11. 趣味や参加されている余暇活動はありますか。

12. 宗教上の理由などで入院生活において、お困りの事がありましたらお書き下さい。

13. 入院するにあたってどのような説明をされていますか。

14. オムツは使用されていますか？

はい・いいえ

はいの方 病棟からオムツをお出してよろしいですか？ はい・いいえ

※詳細は入院のしおりをご参照ください。

希望されない方は、各自ご用意ください。

15. 今回病気をされる前はどれくらい動く事ができましたか。

該当するものにチェックしてください。

食事	自分で食べる・何らかの介助や見守りが必要・すべて介助が必要		
	調理される方はどなたですか？		
	食事の形態(米飯・お粥・ミキサー食・きざみ食・その他)		
	一日の食事回数()回	食欲(よく食べる・あまり食べない)	
	義歯(有・無)	水分のトロミ(有・無)	
睡眠状況	良好・不眠 内服有()		
整容	準備や片付けも含めて自分でできる・介助が必要		
更衣	自分でできる・介助が必要だが半分以上は自分で行える・すべて介助が必要		
入浴	自分でできる・なんらかの介助や見守りが必要		
排泄	尿・便ともに失敗がない・時々失敗がある・常時失敗がある		
	排泄場所	トイレ・ポータブルトイレ・オムツ(テープ式・リハパン・パッドのみ)	
	下剤や坐薬の使用(有・無)	最後排便	月 日 排便回数 日/回
排泄動作	自分でできる・なんらかの介助が必要・すべてに介助が必要		
移乗動作	自分でできる・指示や見守りが必要・腰掛けられるが移乗は介助が必要・すべてに介助が必要		
移動	1人で45m以上歩ける・介助や見守りがあれば歩ける	補助具の使用(有・無)	
	車椅子であれば移動できる・介助が必要	種類()	
階段昇降	1人でできる・介助や見守りが必要・すべて介助が必要		

16. 入院するにあたり心配なことがありましたらご記入下さい。

経済的負担	有・無	
家庭内の役割	有・無	例)家事を担う人がいない
介護負担	有・無	例)入院中、退院後も含め介護にあたれない、介護に自信がないなど
健康上の負担	有・無	例)介護者に持病がある
その他		

17. 今回の入院にあたり今後どのようなことを目標にしたいですか。

例)家事を行えるようになりたい。トイレを1人で行きたい等

ご本人様の希望

ご家族の希望

18. 治療・検査についてのご希望はありますか？

診断書等の必要書類がありましたら、1階の総合受付にお申し出ください。

※個人情報ですのでカルテ記載以外では使用しません。

ご協力ありがとうございました。

小豆沢病院 2019.1