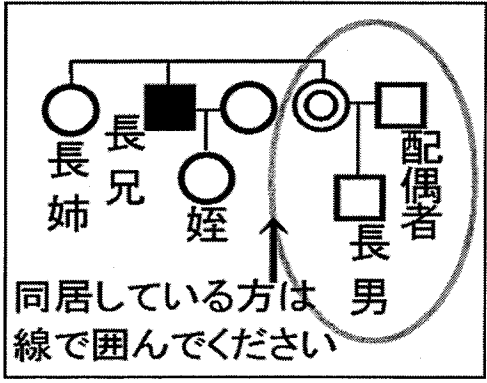


入院時間診票

より良い入院生活を支える情報として活用させていただきますので正確にご記入ください。

該当項目にチェックもしくは、詳細の情報についてご記入をお願いします。

※個人情報ですのでカルテ記載以外では使用しません。

患者様氏名	
<p>家族構成図の記入をお願いします。 ※緊急連絡先に記入された方との関係が分かるよう記入をお願い致します。 ○=女性、□=男性 患者様ご本人は ◎(女性)か 回(男性) で記入をお願いします。 お亡くなりになっている方は●か■で記入をお願いします。</p>	
<p>【例】</p>  <p>同居している方は 線で囲んでください</p>	

緊急連絡先

名前	続柄	住所	電話番号（自宅・携帯）
①			
②			
③			
④			
介護の中心になってくれている方			
病状説明を聞いて下さる方			

かかりつけの病院、訪問診療(往診)、定期受診されている医療機関について

院所名	通院方法、受診・往診頻度など		
通院・往診	徒歩・車・バス・電車・その他	ヶ月に	回
通院・往診	徒歩・車・バス・電車・その他	ヶ月に	回
通院・往診	徒歩・車・バス・電車・その他	ヶ月に	回

既往歴 ※手術をされた病名は必ず記入をしてください。

年齢	病名	治療状況	病院名
歳		治療中・完治・中断・手術	
歳		治療中・完治・中断・手術	
歳		治療中・完治・中断・手術	
歳		治療中・完治・中断・手術	
歳		治療中・完治・中断・手術	
歳		治療中・完治・中断・手術	

※輸血をされたことはありますか？(はい・いいえ)※

→はいと答えた方へ 何の病気で輸血をされましたか ()

アレルギーについて	有→食べ物()薬()その他()
	無

嗜好品について

○飲酒の有無 (毎日 ・ 時々 ・ 飲まない ・ 年齢 歳でやめた)

飲むときの量と種類 種類 量

○喫煙の有無 吸っていない ・ 吸っている(1日 本を 年間吸っている)

やめた (年齢 歳まで 年間吸っていた)

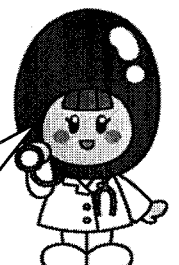
職業 現在、もしくは過去にされていたお仕事について教えてください。

職業歴	職種	具体的内容
歳～ 歳		
歳～ 歳		
歳～ 歳		

現在の経済基盤

年金 ・ 貯蓄 ・ 勤労収入 ・ その他()

❁裏面も必ず、ご記入ください❁



介護状況について

介護保険証	取得済み ・ 申請中 ・ 未申請 お持ちの方は提出してください。		
介護度	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		
居宅事業所	事業所名：	電話番号：	ケアマネージャー：

利用中のサービス

訪問看護	事業所名		回/週
訪問介護	回/日、	回/週・月	ショートステイ 回/週
デイサービス	回/週		訪問リハビリ 回/週
デイケア	回/週		訪問入浴 回/週
入所中の施設	施設名： 電話番号：		
福祉用具の利用	車椅子・トイレ・ベッド・エアマット・手すり・その他()		
その他サービス			
住宅状況	[持家・賃貸] [戸建・マンション・団地・アパート] 居住場所：()階部分		
	エレベーター：あり ・ なし ベッド：あり(介護用 / 非介護用) ・ なし		
	風呂：あり ・ なし トイレ：和式 ・ 洋式		

終末期における医療処置に対して、現在、考えや希望のある方は以下について記入をお願いします

①終末期を迎える場所	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病状に応じて
②心臓マッサージなどの心肺蘇生	希望する ・ 希望しない
③延命のための人工呼吸器	希望する ・ 希望しない
④その他希望など：	

社会資源の利用について

障がい者手帳を取得されている方	種別：	等級：
生活保護を受給されている方	福祉事務所：	担当者：

入院するにあたり心配なことがありましたらご記入ください

経済的負担：	介護負担：
入院期間について：	
検査・治療についての希望：	
その他：	

※治療後、自宅以外の退院先について検討・相談がある場合は
看護師へお知らせください。医療相談室へのご案内をさせていただきます。

身体状況

食事	自分で食べる・何らかの介助や見守りが必要・全て介助が必要	調理をする人：
食事の形態： 主食 →米飯 ・おかゆ ・ミキサー粥 副食/副菜 →普通食 ・軟菜食 ・きざみ食 ・ミキサー食		
その他、栄養剤など：		水分のとりみ：あり(使用量：)・なし
1日の食事の回数：	回	食欲：よく食べる ・普通・ あまり食べない
入れ歯： あり(上/下)・なし ※現在、歯科治療を受けていますか？ はい・いいえ		
排泄	排泄場所：トイレ ・ ポータブルトイレ ・オムツ(種類：)	
排泄動作：自分で行う・何らかの介助が必要・全て介助が必要 尿/便ともに失禁がない・時々失禁がある・常時失禁がある		
よく便秘 / 下痢を する・ しない 最後に排便があった日： 月 日		
睡眠	良好・不眠	内服有()
整容	準備や片づけも含めて自分でできる・ 介助が必要	
更衣	自分で行う ・何らかの介助が必要・ 全て介助が必要	
入浴	自分で行う ・何らかの介助が必要・ 全て介助が必要	
移動	<input type="checkbox"/> 一人で45m以上歩ける <input type="checkbox"/> 介助や見守りがあれば歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子で一人で移動ができる <input type="checkbox"/> 介助や見守りがあれば車椅子で移動できる <input type="checkbox"/> ストレッチャーで移動ができる	
※1ヶ月以内に転倒されたり、椅子やベッドなどから転落したことはありませんか？ いいえ ・ はい：状況を教えてください→		
視力・視野障害(あり：)・なし		聴覚障害 (あり：)・なし
麻痺・しびれ・変形などで体が動かしづらいところが (ある：部位→)		・ない
身体を動かしたときに、めまいやふらつきが (ある：頻度→)		・ない

○趣味や楽しみにしていること好きなものについて教えてください

○宗教上の理由などで入院生活においてお困りのことがあればお書きください

○オムツの利用のある方は病棟からオムツをお出ししてもよろしいですか？ はい・いいえ

○病衣のレンタル(CS セット)を希望されますか？ はい(Aセット・Bセット)・いいえ