

入院生活のためのおたずねです。入院病棟の看護師にお渡してください。

ふりがな
患者氏名 : _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 患者様との家族関係や、連絡先などをご記入下さい
記載順番は、緊急時に連絡を受ける順番として記入してください

緊急時 連絡を 受ける 順番	氏名 ※今後、医師から病状 説明を受ける方の名前 は、○で囲って下さい	年齢	患者様 との 関係	同居 または 別居	連絡先 (電話番号)	○を付けてください	
						洗濯物を お願いで きる方	HCU 入院時 面会され る方
①				同・別			
②				同・別			
(③)				同・別			
				同・別			
				同・別			

2. 今回、受診に至った経緯をご記入ください

3. 今回の入院について、医師からどのような説明を受けましたか
(※施設からの入院の場合、施設スタッフの方は、自由記入欄としても活用してください)

4. 介護保険認定について、ご記入ください

現在、介護保険の認定を受けていますか はい / いいえ / 申請中
はい、と答えた方は、介護度を教えてください
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

5. ケアマネージャーさんがいる場合、氏名や事業所、連絡先を教えてください

氏名		事業所	
		連絡先	

6. 今までにかかった病気やけがについて、ご記入ください

年齢	かかった病気・けが	治療・かかりつけ病院	治療方法	現在の治療内容
歳				
歳				
歳				
歳				
歳				

7. 日常生活について、ご記入ください

身長 / 体重		自己申告 / 測定日： 月 日		身長： cm / 体重 kg
食事	現在の食事形態	主食 米飯 / お粥 / ペースト状 / その他：		
		副食 常菜 / 軟菜	一口大にカット / きざみ	
	ミキサーまたはペースト状 / ムース			
	とろみについて	つけていない / つけている (水分のみ / すべて) とろみの濃さ (薄い / 中間 / 濃い)		
	食事回数	回 / 日 (その他：)		
	経管栄養の場合	1日 回 / (栄養剤名：)		
	摂取方法	一人で食べられる / 補助具が必要 / 見守りが必要 介助が必要 (介助方法：)		
飲み込む障害	ない / 時々ある / 常にある (水分で / すべてで)			
入れ歯	なし / あり (使用できる / 合わなくて使用できない / 合わないが使用している)			
	入れ歯の内容	総入れ歯 / 部分入れ歯 / 上のみ / 下のみ		
たばこ	吸っていない / 吸っていてやめた / 吸っている			
	吸っている場合	1日 () 本 () 年間吸っている		
	吸っていてやめた場合	() 年間吸っていて、() 歳でやめた		
お酒	飲まない / 飲む / 不明			
	飲む場合	種類：日本酒 / 焼酎 / ビール / ワイン / その他 () 1日 () ml または 1日 () 杯		
視力の問題	なし / あり			
	障害のある目	右目 / 左目 / 両目		
	障害の程度	ものの動きは追える / ほとんど見えない (明暗・色・形は識別できる) 全く見えない / 左視野欠損 / 右目視野欠損		
	メガネ使用の有無	なし / あり (近眼 / 遠視 / 老眼)		
	コンタクトレンズ	なし / あり 義眼 (右)：あり / なし 義眼 (左)：あり / なし		
	義眼	なし / あり (右目 / 左目 / 両目)		
聴力の問題	なし / あり			
	障害のある耳	右耳 / 左耳 / 両耳		
	補聴器使用の有無	あり (右耳 / 左耳 / 両耳) / なし		
歩くこと	できる / 手助け・補助具が必要 / 見守り / できない			
	補助具使用の場合	杖 / 歩行器 / 押し車 / 車いす		
身支度	一人でできる / 手助けが必要 / 見守り / できない			
排泄行為	一人でできる / 手助けが必要 / 見守り / できない			
	排泄方法	トイレ (終日 / 日中のみ) / ポータブルトイレ (終日 / 夜間のみ) オムツ (終日 / 夜間のみ) / 尿道留置カテーテル挿入中 (最終交換日： 月 日)		
排尿回数	日中 () 回 / 夜間 () 回			
排便回数	() 日に1回 (最終排便 月 日)			
睡眠時間	1日 () 時間 / 就寝時間 () 時ころ			
宗教	信仰している宗教 なし / あり (宗教名：)			
コロナワクチン接種歴	なし / あり (回接種：最終回 令和 年 月 (頃))			

ご協力、ありがとうございました。