

入院問診票

入院日時 月 日

患者氏名
記載者氏名
担当看護師

連絡先

電話番号	氏名	続柄
①		
②		
③		

病状や治療などの説明を中心に聞かれるのはどなたですか？

氏名

<病名・症状>

家族構成

今回の入院に至るまでの経過についてご記入ください

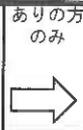
入院について医師からどのように説明を受けましたか

既往歴	□あり(以下記載)	□なし
病名	年齢	治療(○印)
①	() 内服・手術・完治	() 治療施設
②	() 内服・手術・完治	()
③	() 内服・手術・完治	()

■結核の既往 □なし □あり

アレルギーはありますか？

なし あり



□薬剤 □食物 □造影剤 □金属・ゴム □その他 ()
具体的な内容・症状をお書き下さい

嗜好品について

■タバコ 吸わない 吸う (本/日を 年間)
 過去に吸っていたがやめた (歳頃まで、喫煙歴 年)
 ■お酒 飲まない 飲む (ビール ml/日、日本酒 合/日、その他)

栄養状態について

■身長 cm ■体重 kg

■3ヶ月以内の体重増減 なし あり (3ヶ月で約 kg 増・減)

■食事摂取方法 経口 経管・経腸栄養 中心静脈点滴

主食 米飯 粥 ミキサー
 副菜 普通 きざみ ミキサー
 摂取体位 端座位 側臥位 その他 ()

■食事回数 回/日

■義歯の持ち込み なし あり

上 総入れ歯 部分入れ歯 下 総入れ歯 部分入れ歯

■義歯の使用頻度 日中 食事のみ 終日 使用していない

■飲み込みにくさ なし あり

排泄について

■排泄方法 トイレ ポータブルトイレ 尿器 リハビリパンツ
 おむつ 尿管留置 (最終交換日: 月 日、サイズ Fr)
 ストーマ (パウチ最終交換日: 月 日 購入先)

■排便回数 回/日 最終排便日 月 日

■便失禁有無 なし あり ■尿失禁有無 なし あり (排尿障害の有無)

■下剤の使用 なし あり (薬剤名:)

日常生活状況について		介助の状況		介助内容	
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	介助の方のみ 	食事	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		移乗	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	一部介助	<input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> かなり
		整容	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		トイレ動作	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		入浴	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		平地歩行	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	一部介助	<input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子自立
		階段	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		更衣	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		排便管理	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		排尿管理	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		

内服について

管理 自分 御家族
 方法 自立 袋を切って渡す 口へ入れる

睡眠について

■熟睡感はありますか？ ない ある
 ■眠れない時の対処法は何かありますか？
ない ある (対処方法：)

知覚認知について

■視覚の異常 ない ある (病名・症状：)
 ■聴覚の異常 ない ある (病名・症状：)
 ■認知症の有無 ない ある
 ■異常行動の有無 ない ある (具体的に：)
 ■記憶の異常 ない ある (具体的に：)
 ■臓器提供の意思 ない ある

介護状況について

■担当ケアマネージャー 氏名 _____ 事業所 _____ 不明
 連絡先(携帯・事業所) _____ 不明

■介護認定を受けている 受けていない 申請中 受けている
 ※区分を○で囲って下さい

【介護保険】要介護 1 2 3 4 5
 要支援 1 2

■利用しているサービス内容

<input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー)	_____回/週
<input type="checkbox"/> 訪問看護	_____回/週
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	_____回/週
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	_____回/週
<input type="checkbox"/> ショートステイ	

レンタル福祉用具の利用
デイサービス _____回/週
デイケア _____回/週

■主に介護している方 氏名 _____ 続柄 _____ お勤め している していない

■介護に協力して下さる方 いない いる
 氏名 _____ 続柄(_____)

■希望退院先 自宅 施設 その他(転院療養型)
 (施設名 _____)
 施設へ戻る事ができるか できる できない

- 【身体面】
- 【精神面】
- 【社会面】