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)	治療施設
①		（　）	内服・手術・完治	（　）
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

ありの方のみ ⇨

□薬剤
□食物
□造影剤
□金属・ゴム

具体的な内容・症状をお書き下さい［　　］

□その他（　　）

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

■下剤の使用　□なし　□あり（薬剤名：　）

■排尿回数　回／日　夜間排尿回数　回くらい

■尿失禁有無　□なし　□あり

日常生活状況について

□自立

□介助

介助の方のみ ⇨

介助の状況		介助内容
食事	□一部介助 □全介助	
移乗	□一部介助 □全介助	一部介助 □少し □かなり
整容	□一部介助 □全介助	
ﾄｲﾚ動作	□一部介助 □全介助	
入浴	□一部介助 □全介助	
平地歩行	□一部介助 □全介助	一部介助 □介助歩行 □車椅子自立
階段	□一部介助 □全介助	
更衣	□一部介助 □全介助	
排便管理	□一部介助 □全介助	
排尿管理	□一部介助 □全介助	

内服について

管理 □自分 □御家族

方法 □自分 □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

※区分を〇で囲って下さい

【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

□訪問介護（ヘルパー） 回／週

□訪問看護 回／週

□レンタル福祉用具の利用 □訪問リハビリ 回／週

□デイサービス 回／週 □訪問入浴 回／週

□デイケア 回／週 □ショートステイ

■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】

2023/8/3 一部改正
2021/3/25 一部改正
2021/12 一部改正