

入院時間診票

★入院にあたり、分かる範囲でご記入をお願いします。 記入年月日(西暦) 年 月 日

お名前	身長	cm	体重	kg
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日
		(年齢)		歳

* 緊急時(医師や看護師から相談や説明等)に連絡して欲しい方の連絡先をお知らせください(プロフィールへ入力)

連絡順	お名前	続柄	携帯電話	固定電話
①			-	-
②			-	-
③			-	-

* 治療方針など決定されるのは誰ですか(ご本人様以外で) お名前: (続柄)

* 家族構成(何人でお暮らしですか?) ひとり暮らし 同居(続柄:)

自宅 施設入所中(施設名) その他()

* 今までの手術・入院歴、また、治療中(内服中)の病気があれば教えてください

年・(月)	年齢	病名・診断名	治療内容
年 月頃			治療内容() 治療施設()
年 月頃			治療内容() 治療施設()
年 月頃			治療内容() 治療施設()
年 月頃			治療内容() 治療施設()
年 月頃			治療内容() 治療施設()

* 下記に当てはまる方はご記入ください なし

ペースメーカー植え込み(ペースメーカー手帳をご持参ください) 在宅酸素: (L/分)

結核の既往: 経過()

睡眠時無呼吸症候群: 夜間CPAP使用(機器をご持参ください)

* アレルギー 無し 有り 食品()・薬剤()・ゴム
造影剤()・その他()

* 内服について[管理] 自分で 家族が(カレンダー配薬 内服薬を渡す 口まで入れる)

* たばこ 過去に吸っていたがやめた(歳頃まで、喫煙歴 年 本/日)

吸わない

吸う(本/日を 年間)

* 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 直近3ヶ月の体重の増減: 無し 体重が増えた・減った(約 kg)

食事回数 回/日 5日以上食事がとれていないまたはいつもより食事が食べられていない: はい いいえ

[主食] 米飯 お粥 [副食] 普通 軟菜 その他() 経管栄養(栄養剤名)

* 入れ歯 無し 総入れ歯 上 下 有るが持参せず 部分入れ歯 上 下 有るが持参せず
使用頻度: 日中 食事のみ 終日 使用せず

* 普段の排尿・排便について 自立 トイレ 尿器 ポータブルトイレ

排尿回数 回/日(夜間 回) 排泄方法 リハビリパンツ おむつ 自己導尿

排便回数 回/ 日(最終排便日 /) カテーテル(尿管): 最終交換日 月 日

下剤使用 無し

有り: 薬剤名() 尿失禁有り 便失禁有り

人工肛門・人工膀胱(ストーマ): パウチ最終交換日 月 日 購入先()

★ 裏もご記入ください

* 普段の生活で行えることや行えないことを教えてください	
<input type="checkbox"/> 全て自立している (移動方法: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖(1本杖・4点杖) <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子)	
<input type="checkbox"/> 介助必要: 当てはまる項目(<input type="checkbox"/>)にレ点をお願いします	
食事	<input type="checkbox"/> 一部介助(セッティング) <input type="checkbox"/> 全介助
移乗	<input type="checkbox"/> 一部介助(<input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> かなり) <input type="checkbox"/> 全介助
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"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖(1本杖・4点杖)
階段歩行	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 階段歩行なし
	<input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子) <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<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
排便管理	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
・ 注意点等あれば下記にご記入ください (

* 睡眠について	<input type="checkbox"/> 眠れる	<input type="checkbox"/> 眠れない
		<不眠時の対処方法> <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り:(下記へご記入ください)
		(内服:薬剤名:)その他()
* 視力障害	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ:病名)	
* 聴力障害	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 補聴器: 右 左 両方 (持ってきた・持ってきてない)	
* 言語障害	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (コミュニケーション方法:)	

* 日常生活に支障はありますか(認知面)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 年相応の物忘れはあるが日常生活に支障ない
	<input type="checkbox"/> 物忘れがあり日常生活に支障あり <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す
	<input type="checkbox"/> 認知症の診断あり
「支障ある方」 右記項目への 記入をお願いします。	<input type="checkbox"/> 日付・時間がわからない <input type="checkbox"/> 場所がわからない
	<input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 手伝いに抵抗する <input type="checkbox"/> 便やおむつを手で触る <input type="checkbox"/> 不安そうに動き回る
	<input type="checkbox"/> 食べ物以外を口に入れる <input type="checkbox"/> 外へ出て行く <input type="checkbox"/> その他()
	* 好きな事・得意な事()

* 何かご要望がありましたら 右記にご記入ください	
------------------------------	--

* かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (施設名:)
----------	-----------------------------------------------------------------

* 希望退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (施設名 * 入所中の方は、施設へ戻ることが出来るか: <input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない <input type="checkbox"/> その他(転院療養型)
---------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

★介護認定を受けている、または申請中の方はご記入ください。(区分を○で囲ってください)

* 介護保険	申請中	要支援: 1 2	要介護: 1 2 3 4 5
* ケアマネージャー	担当者:	所属:	(TEL: - -)
利用している サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/)		
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/) <input type="checkbox"/> デイサービス(回/) <input type="checkbox"/> デイケア(回/)		
	<input type="checkbox"/> その他()		
主に介護している方	お名前 (続柄) : お勤め <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		

ご記入ありがとうございました。 安曇野赤十字病院

経過:

身体的:

精神的:

社会的: