

※FAXはしないでください

記入年月日 _____ 年 月 日

入院時間診票

入院にあたり、以下の質問にご協力下さい(わからない所は空欄でもかまいません)

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	
ご自身の連絡先	固定電話				携帯電話		
アレルギー	食品				薬剤	その他	
5年以内に受けた予防接種							
採血や血圧測定を してはいけない 腕はありますか							
<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 左腕 <input type="checkbox"/> 両腕							

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

	お名前	続柄	固定電話	携帯電話
①				
②				
③				

治療方針など決定されるのは誰ですか？	お名前		続柄	
退院後、主に介護等をされるのは誰ですか？	お名前		続柄	

家族構成を図にて記して下さい(描き方は記入例を参照して下さい)

書き方と記号の説明	家族構成の図	記入例)
◎ 自分		
□ 男性		
○ 女性		
亡くなられた方は黒で塗って下さい(■等)		
同居の方は線で囲んで下さい		

医師からお聞きになった診断名(聞いていれば)と現在の症状を教えてください

診断名		症状	
-----	--	----	--

入院までの経過を教えてください

--

入院について医師からはどのように説明を受けましたか？

--

今までにかかった事のある病気や、治療中の病気・輸血の使用歴があれば教えてください

発症時期	年齢	病名・診断名	治療(〇〇に入院、〇〇医院に通院中、等)	輸血
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

※書ききれない場合は裏面をご使用下さい

次のページの質問にもお答えください。↩

喫煙歴	喫煙年数	年間	歳 ~	歳	喫煙歴無し	<input type="checkbox"/>
飲酒歴	種類	飲酒頻度	飲酒量			

普段の食事について教えてください						
主食	<input type="checkbox"/> 普通のご飯	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> その他()			
食事制限	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	制限内容()			
入れ歯	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 総入れ歯	<input type="checkbox"/> 上のみ	<input type="checkbox"/> 下のみ	<input type="checkbox"/> あるが持参してない	
食事摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	経管栄養	栄養剤()		

普段の排尿・排便について教えてください						
排尿の回数	回	日	夜間	回	排尿方法	トイレ・尿器・オムツ・カテーテル
排尿障害	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り()				
排便の回数	回	日	排便方法	トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・人工肛門(ストマ)		
最終排便	月	日	人工肛門(ストマ)	ストマ物品購入者		

普段の生活で行えることや行えない事を教えてください						
歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助必要 ()				
お風呂	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助必要 ()				
着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助必要 ()				
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助必要 ()				
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助必要 ()				
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可能	<input type="checkbox"/> 背もたれがあっても不可能			
乗り移る	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助必要 ()				
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> シルバーカー歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	
注意点等あれば書いてください						

視力障害	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ	(<input type="checkbox"/> 持ってきた <input type="checkbox"/> 持って来てない)		
聴力障害	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 補聴器	(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方)	(<input type="checkbox"/> 持ってきた <input type="checkbox"/> 持って来てない)		
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 ()			

睡眠障害	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	内服薬 ()
------	-----------------------------	-----------------------------	---------

困った行動があり日常生活に支障はありますか？あれば行動も教えてください						
<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 年相応の物忘れがあるも生活に支障無し <input type="checkbox"/> 困った行動で日常生活に支障がある						
困った行動	<input type="checkbox"/> 場所が分からない		<input type="checkbox"/> 幻覚や妄想	<input type="checkbox"/> 昼間寝て夜に活動する	<input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す	
	<input type="checkbox"/> 大声を出す		<input type="checkbox"/> 手伝いに抵抗する	<input type="checkbox"/> 目的無くうろろする	<input type="checkbox"/> 便やオムツを手で触る	
	<input type="checkbox"/> 食べ物以外をくちに入れる		<input type="checkbox"/> その他 ()			

ペースメーカー植え込み	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	モード ()
在宅酸素	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	安静時(L) 労作時(L) 業者 ()

かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り ()						
介護認定	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5
サービスの利用	サービス利用内容				利用頻度			
ケアマネジャー	所属	担当者						
住宅情報	主な生活の場	<input type="checkbox"/> 1階	<input type="checkbox"/> 2階以上		寝具	<input type="checkbox"/> 布団	<input type="checkbox"/> ベッド	
	玄関までに段差	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し		手すりの設置	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
	玄関・ローカの段差	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し		手すりの設置	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式	<input type="checkbox"/> 洋式		手すりの設置	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
	お風呂	手すりの設置			<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し		

記入ありがとうございました。書き方のわからない項目はスタッフにお尋ねください。