

# 入院時間診表

フリガナ  
氏名：  
生年月日： 年 月 日  
( 歳) 男・女

現住所

TEL

職業

【緊急連絡先】 速やかに連絡がつくようご協力ください。

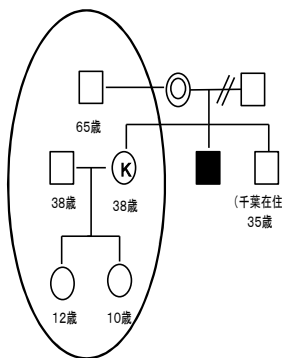
1. 氏名	続柄	住所
		TEL
2. 氏名	続柄	住所
		TEL
3. 氏名	続柄	住所
		TEL

下記の病気やけがをしたことがあるものに、☑をつけご記入ください。

病名	治療・治療期間	病名	治療・治療期間
<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 心臓病	
<input type="checkbox"/> 腎臓病		<input type="checkbox"/> 糖尿病	
<input type="checkbox"/> 癌		<input type="checkbox"/> 脳梗塞	
<input type="checkbox"/> 消化器系		<input type="checkbox"/> 呼吸器系	
<input type="checkbox"/> 肺結核		<input type="checkbox"/> 喘息	
<input type="checkbox"/> 骨折		<input type="checkbox"/> 疥癬	
<input type="checkbox"/> その他			

【家族構成】 下図を参考に記入して下さい。

<例> 女性患者、夫とは離婚し、  
再婚している。長女家族と同居。



- □ が男性、○が女性
- 本人は、◎ ・ 回
- 居住地と年齢の記載
- 同居は黒の実線で囲む
- 子供は左から出生順
- 死亡は黒塗り
- 離婚は斜線//
- キーパーソンは◎と記載

現在飲んでいる薬はありますか。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
内服中の方は、お薬手帳、または薬の名前の書いてある用紙をお持ちください。		
薬や食べ物でアレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
アレルギーの原因の薬名、または食べ物名をお書きください。( )		
その他のアレルギー	<input type="checkbox"/> 金属	<input type="checkbox"/> ゴム <input type="checkbox"/> 化繊
上記以外の場合は詳細をお書き下さい。( )		
食事に関してお聞かせください。		
一年の間に大きく体重の変化はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 柔らかいもの <input type="checkbox"/> 細かく刻んである <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> 水分とろみ
主に食事を作る方はどなたですか？ ( )		
食べられない食材はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )
最後に食事をとったのはいつですか？ ( )		
[ 身長 ]	cm	[ 体重 ] kg
体重 減少 : 有・無	いつから _____	どのくらい _____
体重 増加 : 有・無	いつから _____	どのくらい _____
排泄に関してお聞かせください。		
排尿回数 ( 回/日)	夜間 ( 回/日)	
排便回数 ( 回/日)	最終排便 ( )	
下剤の使用はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
清潔に関してお聞かせください。		
毎日入浴もしくは体を拭く	最終 ( )	
サービスを利用している	( )	
入れ歯をお使いですか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 総入れ歯	
睡眠と活動についてお聞かせください。		
普段はよく眠れますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( 時から 時頃まで)	
飲み薬の使用はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
普段定期的に運動をしていますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
その際に何か症状はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
ありと答えた方にお聞きします		
どのような症状ですか？ ( )		

コミュニケーションについてお聞きかせください。

耳の聞こえが悪い なし あり 補聴器使用 なし あり  
物がみえづらい なし あり 眼鏡・コンタクトレンズ なし あり  
言葉が話しづらい なし あり 言葉の理解が難しい はい いいえ  
特別なコミュニケーション手段を必要とされている方はお書きください

認知症の症状はありますか? なし あり  
ありと答えた方にお聞きします。どのような症状ですか?

介護についてお聞かせください。

介護保険 なし あり 申請中  
介護度 要支援( ) 要介護( )  
利用しているサービスを してください。  
訪問診療 訪問看護 訪問介護 ショートステイ デイサービス デイケア  
( )  
主に介護されている方はどなたですか? ( )  
介護に対する協力を得られる方はいますか? ( )

ケアマネジャーの氏名  
連絡先TEL

信仰についてお聞かせください。

信仰を持っている なし あり ( )  
宗教上食べられない食品がある なし あり ( )  
宗教上受けられない治療がある なし あり ( )

嗜好品についてお聞かせください。

アルコールは飲みますか? 飲む 飲まない  
一日あたり ビール /ml 日本酒 /合  
焼酎 /ml ワイン /ml その他  
タバコは吸いますか? 吸う 吸わない 今は吸っていない  
本 / 1日 喫煙歴 年

入院に際し 不安な事がありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

◇◇ この頁は、ご説明となりますので印刷・提出は不要です ◇◇

### 入院時間診表 3枚

入院が決定した方に記入・提出していただいています。  
(基本、入院時に看護師よりお渡ししています。)

提出先 …… ご入院されている病棟へ提出ください

\* 記入の際にご不明な点がありましたら、提出時にナースステーションで  
ご確認ください