

入院される方へ

畏敬会 井野辺病院

*入院の際に、記入してご持参ください。

令和 年 月 日

入院に際しまして、入院生活が安楽に過ごせますように、事前にこれまでの生活のことなどを教えていただきたいと思います。こちらの用紙に患者様・ご家族様にてご記入をお願いいたします。なお、個人情報として厳正に取り扱いをすることをお約束いたします。

記載者：患者様本人・代理人（ ）

患者氏名（ ）

1. 緊急時の連絡先

(2か所以上、連絡をしてほしい順番に記入をしてください)

	氏名	続柄	電話番号	携帯番号	居住市町村
1					
2					
3					

キーパーソン（最も頼りにされている方）

1. 氏名（ ）続柄（ ）

2. 氏名（ ）続柄（ ）

2. 入院までの経緯・目的（いつから、どのように症状がある、受診したなど）

主訴：（ ）

（ ）

3. 病状説明

今回の入院に際しまして、医師から説明がありましたか（有 ・ 無 ）

誰が説明を聞きましたか（患者様・家族【 】【 】）

どのような内容でしたか

（ ）

今回の入院やご病気について、どのように受け止めましたか

患者様：（ ）

ご家族：（ ）

4. 既往歴（これまでの入院や治療歴） （有・無）

年齢	病名	治療	治療した施設名
		手術・内服（ ）	

5. 体内に埋め込んでいる医療機器 （有・無）

人工骨頭 ・ ペースメーカー ・ 歯科インプラント ・ 人工内耳
 ・ 人工血管・植込み型 CV ポート ・ VP シヤント ・ 動脈瘤クリップ
 その他（ ）

6. 日常生活

飲酒（ 飲む ・ 時々飲む ・ 飲まない ・ 過去に飲んでいて ）
 飲酒頻度（ 回/ 週 ） 飲酒量（ 1 日 位）
 種類（ ）
 喫煙（ 有 ・ 過去に吸っていた ・ 無 ）
 喫煙していた期間（ 才 ）～（ 才 ） 1 日の本（ 本）
 お薬（ 有 ・ 無 ）
 内服薬はだれが管理をしていますか（ 本人・家族【 】・【 】）
 内服薬はどこの病院からもらっていますか 病院名（ ）

7. 介護保険 （有・無・申請中）

要介護状態区分（要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5）
 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所名（ ）
 居宅介護支援事業所の施設名（ ）
 ケアマネージャー名（ ）
 主な介護者 氏名（ ）続柄（ ）年齢（ ）
 障害者手帳（有・無）内容（ ）
 介護に関する患者様・ご家族の希望（ ）

8. 食事

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（ ）
 現在の食事形態
 （普通・一口大・細かく刻む・マッシュポテト状・ゼリー状・ソース状・液体 ）
 水分の形態（普通 ・ トロミつけ ・ その他【 】 ）
 食事の好き嫌い（有・無）内容（ ）

義歯（総義歯・差し歯・インプラント・無） 取り外し（ 可能 ・ 不可 ）
 皮膚の状態（ 正常 ・ 乾燥 ・ 湿っている ・ むくんでいる ）
 褥瘡（ 有 ・ 無 ） 褥瘡の箇所（ ）

9. アレルギー （ 有 ・ 無 ）

薬物（ 有 ・ 無 ） 薬品名（ ） 症状（ ）
 食物（ 有 ・ 無 ） 食品名（ ） 症状（ ）
 造影剤（ 有 ・ 無 ・ 未使用 ） 造影剤名（ ）
 その他（ 有 ・ 無 ） 内容（ ） 症状（ ）

10. 排泄

尿意（ 有 ・ 無 ・ あいまい ・ 不明 ）
 日中の排尿回数（ 回） 夜間の排尿回数（ 回）
 便意（ 有 ・ 無 ・ あいまい ・ 不明）
 排便の調整（ 下剤 ・ 浣腸 ・ 座薬 ・ 止痢止め ・ 他【 】）
 排泄方法（ トイレ ・ 車いす専用トイレ ・ ポータブルトイレ
 ・ 尿器 ・ オムツ ・ 尿道留置カテーテル ・ 導尿 ）

11. 日常生活

*該当するところに○、できないところはどのようにしているか教えてください

	一人できる	手伝ってもらう	できない
移乗・動作			
食事			
排泄			
入浴			
洗面			
着替え			
料理			
家事			

補助具・補助装置の使用（ 有 ・ 無 ）
 （ 車いす・歩行器・杖・手押し車・コルセット・装具・補聴器 ）他（ ）
 転倒したこと（ 有 ・ 無 ）
 転倒歴の詳細（ ）

12. 家屋（ 自宅 ・ 施設 ）の環境について

一戸建て（ 平屋 ・ 2階立て ・ 3階立て ）
 アパート・マンション（ ）階 ・ エレベーター（ 有 ・ 無 ）
 特記事項（住宅の改修が必要・危険箇所がある など）
 （ ）

13. 睡眠

睡眠時間 就寝 () 時) 起床 () 時)

安定剤 ・ 睡眠剤 (有 ・ 無) 薬品名 ()

14. 認知・知覚

意識レベル (清明 ・ ぼーっとしている ・ 反応がない)

言語障害 (有 ・ 無) 理解力障害 (有 ・ 無)

記憶障害 (有 ・ 無) コミュニケーション障害 (有 ・ 無)

コミュニケーションの手段 ()

痛みについて (有 ・ 無)

痛む部分 () いつから ()

痛みを和らげるためになにかすることはありますか

(薬 ・ 体位変換 ・ その他【)

15. 自己知覚—自己概念

ご自身の性格をどのように思われますか ()

ご家族は、どのように思われていますか ()

16. 家族構成

続柄	同居・別居の有無	続柄	同居・別居の有無

患者様ご本人のご家庭内での役割を教えてください ()

就業している (有 ・ 無)

現在の職業 () 過去の職業 ()

17. 性

【女性】妊娠歴 () 月経周期 () 最終月経 ()

月経の異常 ()

【男性】生殖障害の有無 ()

18. ストレス・コーピング

ストレスは感じやすいですか (はい ・ いいえ)

入院中の不安や悩みはありますか ()

ご相談する相手 ()

19. 価値・概念

ご趣味がありましたら教えてください ()

信仰や宗教に関して、入院中に継続したい習慣がありますか (有・無)
()

人生で大切にしていることはありますか ()

20. 職員へ希望すること・要望することなど、伝えたいことがありましたら、
なんでもお書きください

()

ご協力ありがとうございました。ご不明な点は、病棟看護師へお尋ねください。

R6. 7. 31 作成

看護部記録委員会