

# 入院時間診表

☆ ボールペンで記入し、看護師に提出してください。

記載日 令和 年 月 日

ふりがな		年齢	生年月日
氏名		歳	
TEL	電話	※職業	
	携帯		

※退職されている方は退職前の職業を記載してください。

☆ 入院後の連絡先(緊急連絡先) 確実に連絡のとれる方をお願いします。

① 氏名		年齢	歳	続柄		連絡可能な時間帯
住所	〒					
TEL	自宅		職業			
	携帯					

② 氏名		年齢	歳	続柄		連絡可能な時間帯
住所	〒					
TEL	自宅		職業			
	携帯					

☆ 質問にお答えください。当てはまる項目に○をつけ、必要なところは記入してください。

(複数当てはまる場合は、すべてに○をつけてください)

アレルギーはありますか？	なし	
	あり	薬( )
		食品( )
		アルコール綿・花粉・金属・ハウスダスト・ダニ
	その他( )	

牛乳は飲めますか？	はい	
	いいえ	牛乳の代わりに希望するもの(食事形態や既往歴によっては提供できない場合があります) ヨーグルト・ハミン・野菜ジュース

・今までに、病院にかかったことのある、また、今もかかっている病気・手術・ケガなどをお書きください。

年齢	病名	病院名	内服薬	次回受診日
例)60歳	大腿の骨折	〇〇病院・手術 入院・通院・通院中	有・無	
		入院・通院・通院中	有・無	
		入院・通院・通院中	有・無	
		入院・通院・通院中	有・無	
		入院・通院・通院中	有・無	
		入院・通院・通院中	有・無	

・今回の入院の目的について医師からどのように説明を受けましたか。

本人	
家族	

嗜好品について	・喫煙の習慣はありますか？	吸わない	
		過去に吸っていた ( ) 歳 ~ ( ) 歳まで	
		吸う ( ) 歳から1日に( ) 本	
	・飲酒の習慣はありますか？	飲まない	
		禁酒中	いつからですか？( )
		飲む	ビール 日本酒 焼酎 ワイン その他
・毎日 ・週に( )回 ・付き合い程度 一回に飲む量( )ml			

食事について	・食事療法をしていますか？	はい	減塩・カロリー・低脂肪・低蛋白 その他( )
		いいえ	
	・食欲はありますか？	はい	
		いいえ	いつからですか？( )
	・食事は1日何回ですか？	( )回/日	
	・外食はされますか？	はい	頻度はどのくらいですか？( )
いいえ			

食事について	・好き嫌いがありますか？	はい	食品の名前( )
		いいえ	
	・入れ歯がありますか？	はい	総入れ歯 上・下、部分 上・下
		いいえ	

排泄について	・1日の排尿の回数？	1日に( )回 夜間( )回	
	・排尿時の症状はありませんか？	なし	
		あり	残尿感がある 痛みがある 尿の出が悪い 漏れがある キレが悪い その他( )
	・1日の排便の回数？	( )日に( )回	
		最後に出たのはいつですか？( 月 日)	
	・便秘のための薬を使いますか？	なし	
あり		薬の名前( )	
・トイレで用をたしますか？	はい	洋式 ・ 和式	
	いいえ	ポータブルトイレ ・ 便器 ・ 尿器 ・ オムツ ・ カテーテル 人工肛門(ストーマ)	

動作について	動作を行うときの様子を0から4の数字でお答えください		
	0：すべて自分でできる	・食事をする( )	・座る( )
	1：物品・補助器具を準備してもらえばできる	・お風呂に入る( )	・洗面( )
	2：一部介助してもらえばできる	・着替えをする( )	
	3：補助器具を使用しつつ一部介助してもらえばできる	・排泄( )	
	4：すべて介助が必要	・家事をする( )	
		・移動する( )	
		・歩く( )	

障害について	・目の見え方はどうですか？	問題なし	
		悪い	近視 遠視 老眼 白内障 緑内障 全盲 半盲 眼鏡を使用 コンタクトレンズを使用
	・耳の聞こえはどうですか？	問題なし	
		悪い	大きな声で聞こえる 補聴器を使用している 両耳とも聞こえない 右だけ聞こえない 左だけ聞こえない

障害について	・話すことに障害がありますか？	いいえ	
		はい	話すことができない ろれつが回らない 言葉が出ない その他( )
	・麻痺しているところがありますか？	なし	
		あり	体の部位( )
	・しびれているところがありますか？	なし	
		あり	体の部位( )

☆ 家族構成をお答えください。両親・配偶者・子供・兄弟姉妹を同居している方から記入してください。

氏名	年齢	続柄	同居	氏名	年齢	続柄	同居
			有・無				有・無
			有・無				有・無
			有・無				有・無
			有・無				有・無
			有・無				有・無

今回の入院について	・医師からの説明を聞く方はどなたですか？ 氏名: (続柄)
	・主に介護される方はどなたですか？ 氏名: (続柄)
	・入院することで、心配なこと、困ることは何ですか？
	( ) 経済的なこと
	( ) 仕事・家事・学業のこと
	( ) 家族のこと
( ) 精神的なこと	
( ) その他	

お住まいについて	・現在のお住まいはどちらですか？	自宅	一軒家 アパート( 階) 団地( 階) マンション( 階)
		施設	特養 老健 グループホーム サ高住 高専賃 その他
			施設名:
	その他		
	・エレベーターはありますか？	なし	
		あり	
	・階段は利用しますか？	なし	
		あり	玄関先などの屋外 屋内 その他( )
・手すりがありますか？	なし		
	あり	トイレ 階段 浴室 廊下 玄関 その他( )	

睡眠について	・睡眠時間は？	1日( )時間くらい	
	・眠っているときに 気になることはありますか？	いいえ	
		はい	いびき 歯ぎしり 無呼吸 その他( )
	・睡眠薬を 使用しますか？	いいえ	
はい		薬の名前( )	

その他	・信仰している宗教があれば 記入してください	/	
	・趣味はありますか？	なし	
		あり	読書 音楽鑑賞 映画鑑賞 家庭菜園 運動( ) その他( )
	・介護認定を 受けていますか？	いいえ	
		申請中	申請日( 年 月 日)
		はい	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	・今利用している サービスはありますか？	なし	
		あり	・往診 (病院名 : ) (医師名 : )
			・訪問看護 (週に 回) 施設名:
			・訪問介護 (週に 回) 施設名:
			・ショートステイ (月に 回) 施設名:
			・デイサービス (月に 回) 施設名:
			・訪問リハ (週に 回) 施設名:
・その他			
・身体障害者手帳は お持ちですか？	なし		
	あり	種類 等級	
・新型コロナワクチンは 接種されていますか？	いいえ		
	はい	接種回数 ( 回) 最終接種 (令和 年 月 頃)	
・1か月以内に COVID- 19の検査を受けられ ましたか？	いいえ		
	はい	抗原検査 検査日( 年 月 日) PCR検査 検査日( 年 月 日)	

☆ 記載していただいた方はどなたですか？

・本人 ・代筆 (氏名 続柄 )

個人の秘密は厳守いたします。ご協力ありがとうございました。