

入院時間診票 『ご入院される患者様、お付き添いの方へ』

この問診票は入院前の状況を知ること、入院中の診療や看護に役立てることを目的としています。

裏表ご記入頂きましたら、窓口へご提出下さい。（□にはレ点をご記入下さい）

フリガナ 患者様氏名	
---------------	--

◆緊急連絡先（24時間連絡可能なお二人の連絡先を各2回線ご記入下さい）

第一連絡先 氏名：	続柄：	電話番号①
		電話番号②
第二連絡先 氏名：	続柄：	電話番号①
		電話番号②

◆介護施設入所中の方の緊急連絡先

施設名	電話番号：
-----	-------

◆家族構成についてお尋ねします

(1)配偶者	<input type="checkbox"/> 有 氏名： <input type="checkbox"/> 無
(2)子供	<input type="checkbox"/> 有 例) 長女:○区在住 次女:○市在住 長男:○○県在住 () <input type="checkbox"/> 無
(3)同居の方	<input type="checkbox"/> 有 例) 妻、次女 () <input type="checkbox"/> 無
(4)主な介護者氏名：	関係：

◆前回の入院施設についてお尋ねします

医療機関名	期間： 年 月 日～ 年 月 日
-------	------------------

◆当院の治療終了後の退院先についてお尋ねします

自宅退院 自宅以外（具体的に)

◆今回のご入院についてお尋ねします

いつから、どのような症状がありましたか？簡単にご記入ください。

()

◆病歴についてお尋ねします

今までケガや病気で通院や入院をしたことがありますか？

有 例) 5歳虫垂炎で手術。40歳から高血圧で内服通院中

()

無

◆服薬管理についてお尋ねします 自己管理出来ている 自己管理出来ていない

◆地域との医療連携についてお尋ねします(※薬処方がある場合、入院時にご持参下さい)

①当院以外のかかりつけ医療機関がありますか？ 有 無（有りの方は下記へ）

医療機関名：	そこでの処方薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
医療機関名：	そこでの処方薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
医療機関名：	そこでの処方薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

②要介護認定 有 無 申請中(申請日) 区分変更中(申請日)
 有りの方は介護区分： 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

事業所名：	担当ケアマネ：	電話番号：
-------	---------	-------

③現在受けている在宅サービス 有 無（有りの方は下記へ）

<input type="checkbox"/> 医師による訪問診察	(月 回) 病院名：
<input type="checkbox"/> 訪問看護	(月 回) 事業所名：
<input type="checkbox"/> 介護ヘルパー	(週 回)
<input type="checkbox"/> デイサービス	(週 回)
<input type="checkbox"/> デイケア	(週 回)
<input type="checkbox"/> 配食サービス	(週 回) (1日 食)

◆住居/生活スペースについてお尋ねします

戸建て (生活スペース 階) 集合住宅 (階・エレベーター 有 無)

◆身体機能/生活習慣についてお尋ねします

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 食品： <input type="checkbox"/> 薬剤：)
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (トロミ剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (めがね <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
装具使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)
聴力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)
認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃瘻
運動レベル	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄 (尿)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()
排泄 (便)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他 ()
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 義歯装着 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)
入浴回数	(週に 回) 入浴介助 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (睡眠薬の使用 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名：)
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (歳から1日 本) <input type="checkbox"/> やめた (いつ 歳頃)
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日/週 <input type="checkbox"/> つきあい程度)
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)

ご協力頂きありがとうございました・辻内科循環器科歯科クリニック

2週間以内に、ご本人並びに接触のあった親近者が、感染症に罹っていたら必ず申し出て下さい