

入院にあたっての患者情報用紙

患者氏名：_____

記載者：_____

ご入院に際し、必要な情報提供のご協力をお願い致します。尚、個人情報保護に基づき
ご提供いただいた情報は、診療以外に使用されることはありません。

1、家族構成と病気療養について（配偶者・親子の範囲内）

氏名						病気療養中など死亡の場合は死因
例) 東駒子						糖尿病

2、日常についてお伺いします。

1) 1日の生活のリズムを教えてください。

0時 12時 24時

_____ | _____ | _____ | _____

2) 睡眠時間はどれくらいですか。

8時間以上 6～8時間 4～6時間 4時間以下
 眠剤の使用の有無（薬剤名：_____）

3) 尿の回数はどのくらいですか。

日中の回数（_____） 夜間の回数（_____） 尿もれの有無（有_____無_____）

4) 便の回数はどのくらいですか。

1日1回 2～3日に一度 3～5日に一度 5～7日に一度
 下剤の使用の有無（有_____無_____）

5) 排泄について

パンツを着用 リハビリパンツ（紙パンツ）を着用
 リハビリパンツ（紙パンツ）+パットを着用 オムツを着用

6) 食事について

規則的 不規則 朝食抜き 昼食抜き 夕食抜き
 食事には（ 箸・スプーン・自助具 ）を使用 嗜好品（_____）
 1日の水分量（カップ_____杯：湯呑_____杯）

7) 入浴について

自宅 社会サービスを利用 洗体は自分で出来る 洗体は介助が必要

8) 着替えについて

自立 上衣のみ介助 下衣のみ介助 全て介助

9) 移動について

- ・室内 自立 車椅子（自操可能） 車椅子（他人に押してもらう） シルバーカー
 - 伝い歩き 手引き歩行
- ・屋外 自立 車椅子（自操可能） 車椅子（他人に押してもらう） シルバーカー
 - 伝い歩き 手引き歩行

10) 喫煙について

吸わない 以前吸っていた 才～ 才 本／日 吸っている 才～ 才本／日

11) 飲酒について

毎日 週3・4 週1回 飲まない

12) 宗教について

仏教 キリスト教 その他（ ） 無宗教

13) 住環境について

一戸建て 集合住宅 その他（ ）
(階建て) (エレベーター：有 無) (階段：有 無)

14) 補装具の使用について 無 有

義歯（部分・総義歯） インプラント（部位： ） 補聴器（右・左）
装具（ ） 車いす 眼鏡 コンタクトレンズ その他

15) 活動について

趣味（ ） ボランティアへの参加（ ）
現在・過去の職業（ ）

3、食物、薬剤、その他のアレルギーはありますか。 無

薬剤（ ） 食物（ ） その他（ ）

4、お薬についてお伺いします。

1) 現在服用されている薬はありますか。また、どなたが管理していますか。

なし あり (管理者：本人 家族 その他)

5、病気のことでの一番相談できる人はだれですか。ご関係をご記入ください。

(相談できる人： 関係：)

6、現在の職業についてお伺いします。仕事内容をご記入ください。

()

※以下の項目7～12は、面談時に記入いただいた方については、追加のご記入は不要です。

7、社会サービスについてお伺いします。

1) 要介護認定の交付はありますか。

無 有 (要支援 : • 要介護 :) 申請中 ()

2) 利用している社会サービスはありますか。

無

訪問看護 訪問診療 訪問介護サービス(ヘルパー) デイケア
デイサービス 訪問入浴 配食サービス 機能訓練事業 ショートステイ
職業リハビリテーション 地域生活支援センター グループホーム
その他 ()

3) 利用している社会サービスの事業所をご記入ください。

()

4) ケアーマネージャーが決まっている方は、事業所と担当者の名前をご記入ください。

(事業所 : 担当者 :)

5) 身体障害者手帳の交付はありますか。

無 有

6) 精神障害者福祉手帳の交付はありますか。

無 有

7) 特定疾患・難病医療費助成制度認定の交付はありますか。

無 有 申請中 ()

8、危険度自己（家族）チェックをお願いします。

最近転んだことがある 無 1年以内に1回 1年以内に2回以上
目をつぶって足を揃えて立ったとき、ふらつく

9、今後の方針（当院を退院した後の意向）についてお伺いします。

自宅退院 施設 相談希望 検討中

10、前病院でのどのように説明を受けられたか教えてください。

()

11、かかりつけ医がありましたら、ご記入ください。

()

12、緊急連絡先を2箇所ご記入ください。

①氏名 (続柄) 電話番号 ()
住所 _____
②氏名 (続柄) 電話番号 ()
住所 _____

ご協力ありがとうございました。

東生駒病院 看護部

住宅環境について

患者番号 :		患者氏名 :	様	記入日	年	月	日
住宅	一軒家	・ マンション	(持ち家 ・ 賃貸)				
移動方法	屋内 :	(独歩	・ 伝歩き	・ 手引き歩行	・ T字杖	・ 4点杖	・ 車椅子
	屋外 :	(独歩	・ 伝歩き	・ 手引き歩行	・ T字杖	・ 4点杖	・ 車椅子
玄関まで	階段	(有 → 段数	段・高さ	cm	・ 無)	手すり (有	・ 無) 段差 (有
エレベーター	有	・ 無) 無)
玄関	上がり框 (高さ :	cm)	踏み台 (有	・ 無)	手すり (有	・ 無))
廊下	手すり (有	・ 無)					
室内階段	手すり (有	・ 無)					
生活スペース	洋室	・ 和室	・ 1階	・ 2階			
	→ (置	・ フローリング	・ カーペット)				
	→ 敷居 (有	・ 無)	扉 (横開き	・ 内側開き	・ 外側開き	・ 無))
	→ 障害物の有無 ()
食卓	テーブルの高さ :	cm	(座卓の高さ :	cm)			
ベッド	ベッド (有	・ 無)	→ 棚 (有	・ 無)	: L 時柵の使用 (有	・ 無))
	リモコン付き (有	・ 無)	高さや背もたれの変更 (可	・ 不可)			
トイレ	手すり (有	・ 無)	扉 (横開き	・ 内開き	・ 外開き)	洋式 or 和室)
洗面所	手すり (有	・ 無)	椅子 (有	・ 無)			
浴室	手すり (有	・ 無)	浴槽の深さ	cm	シャワーチェア (有	高さ	cm
	→ 脱衣所の椅子 (有	・ 無))
	整理整頓の状況	()