

患者番号：
患者氏名：

様

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、個人情報保護法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	続柄	年齢	同居	別居	死別	病気療養中など死亡の場合は死因
例) 東駒子	妻	50	○			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 薬剤名： _____ 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（コップ 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

患者番号：

患者氏名： 様

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（他人に押しってもらう） 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（他人に押しってもらう） 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、病気のことについて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。

（ ）

患者番号：

患者氏名： 様

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下さい。

()

4) ケア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下さい。

(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、今後の方針について、お伺いします。

自宅退院 施設 相談希望 考え中

10、前病院でのどのように説明を受けられたか教えて下さい。

()

11、かかりつけ医がありましたら、ご記入下さい。

()

12、緊急連絡先を2箇所記入して下さい。

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 ・ 伝い歩き ・ 手引き歩行 ・ T字杖 ・ 4点杖 ・ 車椅子 ・ シルバーカー) 屋外： (独歩 ・ 伝い歩き ・ 手引き歩行 ・ T字杖 ・ 4点杖 ・ 車椅子 ・ シルバーカー)
玄関まで	階段 (有 → 段数 段 ・ 高さ cm ・ 無) 手すり (有 ・ 無) 段差 (有 ・ 無)
エレベーター	有 ・ 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 → (畳 ・ 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) → 柵 (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 ・ 無) → 脱衣所の椅子 (有 ・ 無)
整理整頓の状況	()