

患者番号： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

入院日： _____ 月 _____ 日 ()

手術・治療日： _____ 月 _____ 日 ()

入院時調査票

この調査票は、患者さんの入院前の状況を知り、入院中の診療や看護に役立てることを目的としたものです。お手数ですが、以下の項目についてわかる範囲でご記入いただき、入院前面談または入院時に病院スタッフにお渡しください。なお、記載された内容は個人情報として保護されます。

1. 患者さん本人

携帯電話番号： _____ ご職業 あり 現在の職業： _____

臓器提供意思表示：なし あり なし 以前の職業： _____

2. 緊急時の連絡先

(急変時等の連絡先です。入院中に確実に連絡の取れる方で、できるだけ **2名の記載**をお願いします)

① 氏名： _____ 関係： _____ 住所： _____

電話番号 () _____ 携帯電話番号： _____

② 氏名： _____ 関係： _____ 住所： _____

電話番号 () _____ 携帯電話番号： _____

3. ご家族について

父母、祖父母、配偶者、パートナー、子、孫、兄弟姉妹等、続柄をご記載ください。
また、同居・別居についてどちらかに○をしてください。

続柄	年齢		続柄	年齢		続柄	年齢	
(記入例) 父	58	<input checked="" type="radio"/> 同居 / <input type="radio"/> 別居			同居 / <input type="radio"/> 別居			同居 / <input type="radio"/> 別居
		同居 / <input type="radio"/> 別居			同居 / <input type="radio"/> 別居			同居 / <input type="radio"/> 別居
		同居 / <input type="radio"/> 別居			同居 / <input type="radio"/> 別居			同居 / <input type="radio"/> 別居
		同居 / <input type="radio"/> 別居			同居 / <input type="radio"/> 別居			同居 / <input type="radio"/> 別居

4. 病名・病状説明・退院説明等で同席される方

自分だけ ご家族(続柄： _____) その他(_____)

分からない

5. 食べ物以外のアレルギーについて (食べ物については「食物アレルギー問診票」にご記入下さい)

金属：なし・あり (種類： _____)

薬剤：なし・あり (薬剤名： _____)

花粉症：なし・あり

その他：なし・あり (_____)

6. 今までにかかった病気・ケガ、現在治療中の病気について

年月日	年齢	病気・ケガ	治療内容（手術・通院治療など）	内服薬	医療機関名
				なし・あり	

7. 入院前の生活習慣について

あてはまる項目には☑、またはご記入をお願いします。

喫煙について：あり 現在あり 1日 本（ 歳 ～ ）

なし 以前あり 1日 本（ 歳 ～ 歳まで）

飲酒について：なし あり（週 回 飲酒量： /回） 機会があるときのみ

入れ歯：なし あり 総入れ歯（上・下） 部分入れ歯（上・下） イプラント/差し歯

食事の希望：なし あり（例：パン、お粥、治療食、アレルギー以外で食べられないもの）

排尿：就寝後にトイレへ行く（ 回/日）

オムツや尿パッド使用 尿カテーテル ウロストミー 自己導尿 自尿なし

排便：毎日 毎日ではない（ 日に1回） 下剤を使用することがある 人工肛門

聴力：聞こえにくい 補聴器使用（両耳 右 左） その他（ ）

視力：眼鏡 コンタクトレンズ その他（ ）

睡眠：眠れる 眠れない（薬剤の使用：なし あり）

8. 過去1年以内に転んだことがありますか？ いいえ はい

9. 入院生活で配慮してほしいこと、医療者に知っておいて欲しいこと、等

10. 制度や障害サービスの利用について あり（下記に☑） なし

障害者区分認定 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳

自立支援医療 障害年金 その他（ ）

11. 以下にあてはまる方は、次ページのご確認とご記入をお願いします。

介護保険を利用している
または
日常生活でお手伝いや介助が必要なことがある

該当しない方は、
記入はここまでです。
ありがとうございました。

次のページへ

■介護保険について

- ・認定 : 介護度: 5・4・3・2・1 要支援: 1・2 事業対象者
- ・ケアマネジャー（介護支援専門員）氏名: _____
- ・地域包括支援センターまたは居宅介護事業所名: _____
電話番号: _____

※ケアマネジャーに連絡を取る必要が生じた場合、当院から連絡をしてもよいですか？

- 良い
- してほしくない

■利用しているサービスはありますか？

- なし
- あり 訪問看護（ 回/週） 訪問リハビリ（ 回/週）
 訪問介護（ 回/週） デイケア・サービス（ 回/週）
 訪問入浴（ 回/週） その他（ ）

■入院前の生活状況について該当する項目に☑、またはご記入下さい。

食事	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他（ ）
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他（ ）
移動	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他（ ）
入浴	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他（ ）
着替え	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他（ ）
くすり管理	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他（ ）
その他				

—ご協力ありがとうございました—