|  |  |
| --- | --- |
| フ　　リ　　ガ　　ナ  入院する方の  氏　名：  生年月日　　　年　　　月　　　日生　（　　　　　）歳 | 入院月日　　　月　　　日  ご記入者：  本人  　家族（続柄　　　） |

「患者情報用紙」ご記入のお願い

今回の入院に際し、これまでのご病気のことや不安に思うこと・現在の生活状況・ご家族背景と連絡先などをご記入いただき、看護に役立てて参ります。

つきましては、入院決定時に用紙をお渡しいたしますので、ご記入下さい。

ご記入は、本人・ご家族、どなたでも結構です。

緊急入院の場合は、お待ちいただいている間に記入して当日中に入院病棟の看護師に提出して下さい。

「患者情報用紙」の記入は任意であり拒否することもできますし、記入しにくい内容や

不明な項目は記入しなくても結構です。内容は、看護師より確認させていただきます。

情報が必要な項目は、入院時に聞き取りさせていただくこともあります。

ご協力よろしくお願いいたします。

「患者情報用紙」に記載される内容については、個人情報保護法に基づき秘密は厳守  
いたします。

☆入院時持参して頂きたいもの

　〇お薬　お薬手帳

　〇介護保険証　担当ケアマネジャーの名刺

　〇（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　詳細は、入院のご案内４ページ「入院時にお持ちいただくもの」を確認して下さい。

　公益財団法人　星総合病院

　　　　　　　　面接日　　月　　日　面接者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入力済　□

|  |
| --- |
| 身長：　　 　　㎝  体重：　　 　　 ㎏　　最近の体重変動：□なし □ある (増加・減少 　　　　 kg)　申告・実測 |

**【連絡先】**ご家族へ連絡する順番を①～③までご記入下さい。

**☆　医師からの説明を主に聞かれる方(ｷｰﾊﾟｰｿﾝ)に○を付けて下さい。必ず２ケ所は記載して下さい**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| キーパーソン〇印 | （フリガナもお願いします）  氏　　名 | 電話（携帯）番号 | 続柄 | 備考  病院までの所要時間  例：車で30分等 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**【日常生活】**入院前の日常生活についてお尋ねします。1行に複数の質問がありますのでご注意下さい。

当てはまる□にはレ点を付け、(　 　 )内にご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| アレルギー | □なし □あり 薬(　　　　　　　 )食物(　　　　　　　)造影剤(　　　　　　)  その他(　 　　　　　　　)　アルコール綿で皮膚症状　□なし　□あり |
| 内服薬 | 糖尿病薬の内服　　　　　　　□なし　　□あり　（　　　　　　　　　）  血液サラサラにする薬の内服　□なし　　□あり（　　　　　　　　　　） |
| 社会面  ・  福祉面 | 職業：(　　　　　　　　) 退職された方は以前の職業:(　　　　　　　 )  障害手帳：□なし　 □あり( 級)　障がい内容（　　　　　　　　　　）  介護保険の申請：　　□なし 　□あり（ 要支援1・2 　要介護 1・2・3・4・5 ）  介護サービスの利用：□なし □あり 内容：(　　　 　　 　　　　　　 )  担当ケアマネジャー：□なし □あり 氏名：( 　　　　　　　　　　　　 　)  事業所名:（　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　　　　 ) |
| 心理面 | ☆病気について医師からどのように説明がありましたか。  ・病名  ・治療・検査内容  ・入院期間等  ☆ 入院して困ること・気になること・不安に感じていることはありますか。　　　あてはまる項目すべてにレ点を付けて下さい。  □なし　□入院が初めて □入院期間 □手術について □病気の予後 □経済面  □家族のこと　□職場のこと □退院後のこと □その他( 　　　 )  **☆退院後の生活での不安や退院先について考えていることがありますか。**  **退院先：□自宅　□施設へ退院　□その他（　　　　　　　　　　）□分からない**  ☆医師、看護師、病院への要望がありましたら遠慮なくご記入下さい。 |

**【家族構成】**

* **親・兄弟・配偶者・子供を記入して下さい。その他、一緒に住んでいる方は全員記入して下さい。**
* 「同居」欄には患者本人と同居している方は○、亡くなっている方には レ点を付けて下さい。

同居していない方は**居住地を記載して下さい。**

* 当てはまる疾患の既往がある場合は○、不明なときは空欄として下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名（続柄） | 年齢 | 同居〇 | 心疾患 | 脳疾患 | 糖尿病 | 高血圧 | その他 |
| 例：星　花子　（ 母 ） | 86歳 | レ | ○ | 脳出血 | ○ | × |  |
| 例：星　太郎　（ 夫 ） | 60歳 | ○ | 狭心症 | 脳梗塞 | ○ | ○ | 腎不全 |
| (　　) | 歳 |  |  |  |  |  |  |
| (　　) | 歳 |  |  |  |  |  |  |
| (　　) | 歳 |  |  |  |  |  |  |
| (　　) | 歳 |  |  |  |  |  |  |
| (　　) | 歳 |  |  |  |  |  |  |
| (　　) | 歳 |  |  |  |  |  |  |
| (　　) | 歳 |  |  |  |  |  |  |

**【既往歴】**☆ 今までに病気やけがで病院に通院、入院について記入して下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　齢 | 病　名 | 手術・入院の有無と現在の状況 | 病　院　名 | 継　続　薬 |
| 例：20歳 | 盲腸 | 手術・入院・通院中・治癒・中断 | 〇〇〇病院 | あり・なし |
| 例：50歳 | 高血圧 | 手術・入院・通院中・治癒・中断 | 〇〇〇病院 | あり・なし |
| 歳 |  | 手術・入院・通院中・治癒・中断 |  |  |
| 歳 |  | 手術・入院・通院中・治癒・中断 |  |  |
| 歳 |  | 手術・入院・通院中・治癒・中断 |  |  |
| 歳 |  | 手術・入院・通院中・治癒・中断 |  |  |
| 歳 |  | 手術・入院・通院中・治癒・中断 |  |  |
| 歳 |  | 手術・入院・通院中・治癒・中断 |  |  |

☆かかりつけ医はありますか。ある方はご記入下さい。

※ かかりつけ医とは、ちょっと風邪をひいて体調が悪かったときなどに気軽にみてもらったり、

相談にのってもらうことができる、日頃から顔なじみのお医者さんのことです。

　　　　　　　　　　　　病院・医院・クリニック　　　　　　　　　　　　　　先生

☆　今お薬を飲んでいる場合、5種類以上お飲みですか。　（　はい ・ いいえ　）

☆　内服薬とお薬手帳、または説明書を入院時に看護師にお渡し下さい。

☆　いつも薬を頂いている「かかりつけ薬局」はありますか。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局

**裏面もご記入下さい**

**【日常生活】**入院前の日常生活についてお尋ねします。1行に複数の質問がありますのでご注意下さい。

当てはまる□にはレ点を付け、(　 　 )内にご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 飲酒歴 | □飲まない □飲む 頻度：(　　　　　　回/週) □不明  種類：日本酒 焼酎 ビール ワイン ウイスキー  1日あたりの飲酒量：(　　　　　 　　　　) |
| 喫煙歴 | □なし □あり　喫煙本数:(　　　本/日)　　喫煙開始年齢:(　　　歳)  □過去に吸っていたがやめた:(　 　歳 ～　　歳頃まで、約　　本/日吸っていた) |
| 睡眠 | 睡眠時間：(　　　時　　　分 ～　　　時　　　分まで) 　 睡眠状況：□良好 　□不眠 　□眠りが浅い  眠れないときに薬を飲んでいますか □なし □時々 □毎日  薬剤名:(　　　 　　　　　　　　　　　 　) |
| 排泄 | 介助：□不要 　□要  介助内容 :□トイレ □オムツ □ポータブル □尿器 □ストーマ(尿・便)  尿回数：（　　　　　　）回/1日　　　夜間は（　　　　）回ぐらい  排尿問題：□なし 　 □ある(頻尿・失禁・残尿感・排尿時痛・血尿・その他)  排便習慣：最終排便 ( 月 日)  □毎日(　　 ) 回/日 □不規則(　　 日おき)  便の性状：□普通便　□硬い　□やわらかい　□下痢便  排便問題：□なし 　□ある(便秘・下痢・失禁・残便感・その他)  下剤：□なし　 □毎日 □時々 薬剤名:(　　　　　　 　　　 　 ) |
| 食事・栄養 | 介助：□不要 　　 □要 介助内容:(　　　　　　　　　　 )  飲み込み：□問題なし　□飲み込みにくい □むせる（ □時々 □いつも)  食事時間：□規則的 　 □不規則  食欲：□ある 　　 □なし （普段の　　　　　　　　　） □ふつう  形態：□普通食 □お粥 □一口大 □きざみ食 □流動食 □その他  食事・水分制限：□なし 　□ある( どのような制限ですか:　 　　　　　　)  入れ歯：□なし　　　　 □ある( □部分入れ歯**＝上　下**  □総入れ歯 ) |
| 清潔  (入浴･洗髪) | □自力でできる □一部介助が必要 □全面的に介助が必要 介助内容:(　　　　　)  入浴：□毎日　 □(　 　日おき)　 □不規則  洗髪：□毎日 　□(　 　日おき) 　□不規則 |
| 活動 | 麻痺：□なし 　□あり 麻痺内容・部位：(　　　　　　　　　　　　　 　　)  移動：□歩行できる □杖 　□歩行器 　□這って移動　 □車いす　 **□寝たきり**  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  移動の時の介助：□不要 　□要 介助内容:(　　　　　　　　　　　　　　　　)  週に2回以上の外出：□する □しない  転倒：最近転倒したことがありますか　□なし □あり  床ずれ：過去 □なし □あり(部位:　 　　) 現在 □なし □あり(部位:　　　　 ) |
| 知覚・認知 | 視力障害：□なし □あり(メガネ・コンタクト・全盲・弱視)　義眼:(右・左)  聴力障害：□なし □あり (両耳・右耳・左耳)　補聴器:(右・左)  言語障害：□なし □あり (呂律障害・失語)  理解力：□良 □困難（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　 **認知症の診断：□なし　□　あり**症状：□なし □あり(症状：　　　　　　　 ) |

**ご協力ありがとうございました。　令和６年１月改定**