

【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ください。

□には当てはまる項目にレ点を付け、()内にご記入ください。

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止めた (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 眠れない時に薬をのんでいますか □いいえ □毎日 □時々 (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/日) 夜間は (回位) 排便問題 □なし □あり(頻尿・失禁・残尿感・排尿時痛・血尿・その他) 排便習慣 □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 □あり(便秘・下痢・失禁・残便感・その他) 下剤利用 □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 □あり □なし () □普通 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 □あり (制限内容:) 虫 歯 □なし □あり □グラつく歯あり () 入れ歯 □なし □あり (□部分入れ歯 <u>上・下</u> □総入れ歯 <u>上・下</u>)
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 (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 麻痺程度・部位 () 移 動 □問題なし □杖 □歩行器 □這って移動 □車椅子 <u>□寝たきり</u> □その他 () 移動の時の介助 □不要 □要 (介助内容) 週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 過去に □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 () <u>認知症の診断</u> □なし □あり(症状 □なし □あり内容)

ご協力ありがとうございました。

科:

ID:

成人用

入院する方の フリガナ 氏 名 生年月日 年 月 日生 (歳)	入院月日 月 日 記入者: 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この用紙に記入ください。入院中の看護に役立てて参ります。

ご記入は、本人・家族のどなたでも構いません。

緊急入院の場合は、お待ちいただいている間に記入の上、当日中に入院病棟の看護師に提出をお願いします。

「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。また、記入しにくい内容や不明な項目は記入しなくても構いません。ご記入頂いた内容について、後ほど看護師より確認いたします。追加で情報が必要な項目について、入院時にお尋ねする場合がございます。

「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。

【連絡先】連絡を差し上げるご家族について、優先する順番に①～③までご記入ください。

必ず2カ所以上記入してください。キーパーソン(医師からの説明を主に聞かれる方・患者さんの代わりに治療の選択を決定してくれる方) **1名に○印**をつけてください。

キーパーソン	フリガナ 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
	①			
	②			
	③			

面接日 月 日 面接者
入力済 □

公益財団法人 星総合病院
2025年5月改訂

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

【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ください。
 □には当てはまる項目にレ点を付け、()内にご記入ください。

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	現在飲んでいるお薬はありますか □なし □あり 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() 介護保険の認定 □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ください □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() <u>退院後の生活についての不安や退院先について考えていることがありますか</u> <u>退院先</u> □自宅 □施設への退院 □わからない □その他() 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ください ()

・「かかりつけ医」はありますか。

*「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時などに気軽にみてもらったり、相談にのってもらえることができる、日頃から顔なじみのお医者さんのことです。

□なし □あり _____ 病院・医院・クリニック _____ 先生

・いつも薬を頂いている「かかりつけ薬局」はありますか。

□なし □あり _____ 薬局 _____ 薬局

【家族構成】親・兄弟・配偶者・子供を記入してください。その他、一緒に住んでいる方は全員記入してください。同居・同居していない・亡くなっているにかかわらず記入してください。

《記入方法》同居欄の記入について 同居 → ○
 同居していない → 居住地 (例)いわき
 亡くなっている → レ点
 当てはまる疾患の既往 ある場合 → ○ または 疾患名
 不明 → 空欄

フリガナ 氏名	続柄	年齢	同居	心疾患	脳疾患	糖尿病	高血圧	その他
例：星 花子 <small>ホシ ハナコ</small>	母	86 歳	レ	○	脳出血	○	×	
例：星 太郎 <small>ホシ タロウ</small>	夫	60 歳	○	狭心症	脳梗塞	○	○	心不全
		歳						
		歳						
		歳						
		歳						
		歳						
		歳						

【既往歴】現在・過去に病気やケガで病院に通院・入院について記入してください。

年齢	病名	手術・入院の有無と現在状況	病院名	継続薬
例：40 歳	高血圧	手術・入院・ <u>通院中</u> ・治療・中断	〇〇〇病院	<u>あり</u> ・なし
例：45 歳	盲腸	<u>手術</u> ・入院・通院中・ <u>治療</u> ・中断	□□□病院	あり・ <u>なし</u>
歳		手術・入院・通院中・治療・中断		あり・なし
歳		手術・入院・通院中・治療・中断		あり・なし
歳		手術・入院・通院中・治療・中断		あり・なし
歳		手術・入院・通院中・治療・中断		あり・なし
歳		手術・入院・通院中・治療・中断		あり・なし
歳		手術・入院・通院中・治療・中断		あり・なし

裏面もご記入ください