

【 入院にあたってのご質問 】

入院中に必要な情報をお伺いします。以下の項目にお答えください。

患者様 お名前()

ご記入者様 お名前()

【 アレルギーについて 】

アレルギーの有無についてお聞きします。(以降すべて患者さんご本人への質問となります)

- | | | | |
|------------------------------|-----------|--------|--------|
| <input type="checkbox"/> 薬 | (有 ・ 無) | 薬剤名() | 症状 () |
| <input type="checkbox"/> 食物 | (有 ・ 無) | 食品名() | 症状 () |
| <input type="checkbox"/> その他 | (有 ・ 無) | その他() | 症状 () |

【 既往歴について 】

今まで大きなけがや病気で入院・手術・通院治療を受けたことがありますか。かかったことのあるものにレ点をつけ、病名・時期等をご記入ください。

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> がん | (発症年齢 : 才) (病名 :) | 手術の有無 (有 ・ 無) |
| | (医療機関名 :) | <input type="checkbox"/> 継続治療中 |
| | (薬剤名 :) | |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | (発症年齢 : 才) | |
| | (医療機関名 :) | <input type="checkbox"/> 継続治療中 |
| | 内服指示の有無 (有 ・ 無) (薬剤名 :) | |
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害 | (発症年齢 : 才) (病名 :) | 手術の有無 (有 ・ 無) |
| | (医療機関名 :) | <input type="checkbox"/> 継続治療中 |
| | 内服指示の有無 (有 ・ 無) (薬剤名 :) | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | (発症年齢 : 才) | |
| | (医療機関名 :) | <input type="checkbox"/> 継続治療中 |
| | 内服指示の有無 (有 ・ 無) (薬剤名 :) | |
| | インスリン注射の有無 (有 ・ 無) (薬剤名 :) | |
| <input type="checkbox"/> 心疾患 | (発症年齢 : 才) (病名 :) | 手術の有無 (有 ・ 無) |
| | (医療機関名 :) | <input type="checkbox"/> 継続治療中 |
| | 内服指示の有無 (有 ・ 無) (薬剤名 :) | |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 | (発症年齢 : 才) (病名 :) | 手術の有無 (有 ・ 無) |
| | (医療機関名 :) | <input type="checkbox"/> 継続治療中 |
| | 内服指示の有無 (有 ・ 無) (薬剤名 :) | |
| <input type="checkbox"/> 緑内障 | (発症年齢 : 才) (病名 :) | 手術の有無 (有 ・ 無) |
| | (医療機関名 :) | <input type="checkbox"/> 継続治療中 |
| | 点眼指示の有無 (有 ・ 無) (薬剤名 :) | |
| <input type="checkbox"/> 白内障 | (発症年齢 : 才) (病名 :) | 手術の有無 (有 ・ 無) |
| | (医療機関名 :) | <input type="checkbox"/> 継続治療中 |
| | 点眼指示の有無 (有 ・ 無) (薬剤名 :) | |
| <input type="checkbox"/> その他 | (発症年齢 : 才) (病名 :) | 手術の有無 (有 ・ 無) |
| | (医療機関名 :) | <input type="checkbox"/> 継続治療中 |
| | 内服指示の有無 (有 ・ 無) (薬剤名 :) | |

【 内服薬 ・ タバコ ・ お酒について 】

薬 : 自己判断で内服中断したことはありますか なし あり (理由 :)
薬を飲み忘れてしまうことがありますか なし あり (理由 :)
薬の自己管理は誰がしていますか 自分 家族 その他()
喫煙 : 吸わない 吸う 1日 ()本 ()才から
 禁煙した ()才から喫煙、()才から禁煙している
飲酒 : 飲まない 機会飲酒程度 飲む 種類() 1回量()程度 ()回 / 週 ・ 月

【 栄養状態について 】

身長 : ()cm 体重 : ()kg
入れ歯はありますか なし あり (入院時に持参 あり 部分入歯 ()個 なし)
 総入れ歯 上 ・ 下

【 排泄について 】

尿回数 1日 ()回 うち夜()回
普段の便回数 ()回 / 週 ・ 日
排便について : 最後に便が出たのはいつですか(月 日)
性状は (普通 下痢 軟便 硬便 便秘)

【 入院前の日常生活の状況について 】

眼鏡の使用 : あり(持参 あり なし) なし 補聴器の使用 : あり(持参 あり なし) なし
杖の使用 : あり(持参 あり なし) なし その他補助具の使用 : あり(持参 あり なし) なし
麻痺 : なし あり (右側 ・ 左側)

【 宗教について 】

宗教 : 特になし あり 入院中の宗教上のご希望がありましたらお書きください
()

【 床ずれについて 】

現在床ずれがありますか なし あり (部位 →

ご協力ありがとうございました。

