

看護部キャラクター　　　　　　　　　　　　　　　　　かんごちゃん

入院にあたり、下記のことをお尋ねします。可能な限りご記入をお願いします

氏名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

携帯番号（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　職業　（　　　　　　　　　　　　　）

ご説明を受けた病名（　　　　　　　　　　　　　　）　　予定の治療　（　　　　　　　　　　　　　　）

1. 緊急連絡先

氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　続柄　（　　　　）　電話番号（　　　　　　　　　　　　　　）

1. 緊急連絡先

氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　続柄　（　　　　）　電話番号（　　　　　　　　　　　　　　）

１．社会資源について

１）介護保険は認定を受けていますか

　　□はい　要支援（　　　）要介護（　　　）□いいえ　□申請中

担当ケアマネージャー　氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　電話番号　（　　　　　　　　　　　　　　 ）

現在受けているサービス□あり　□なし

内容　□医師の訪問診療（月に　　　　回）（医院名　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）

□訪問看護　（月・週に　　　　　回）（事業所名　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ）

□訪問リハビリ（週に　　　　　　回）　 □デイサービス（週に　　　　　 　回）

□介護ヘルパー（週に　　　　　　回）　 □配食サービス（週に　　　　　 回）

２）身体障害者手帳はおもちですか

　 　　　□はい　（　　　　　　　　　　）級　□いいえ

３）その他　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．かかりつけ医　　□あり（病院名　　　　　　　　　　　　　）□なし

３．健康管理

タバコは吸いますか　□はい　（1日　　　本程度　　　　年間）　□いいえ

　　　　　　　　　　　　　　 □禁煙した（　　　　歳～　　　歳まで吸っていた）

アルコールは飲みますか？　　□はい　　（□毎日　□週に　　　回　）　□いいえ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　1日（　　　　　）ml程度

４．今までの病気　（内服中　手術など治療内容も記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 例）　　58歳　　　糖尿病　　　　　内服中 | （　　）歳 |
| （　　）歳 | （　　）歳 |
| （　　）歳 | （　　）歳 |
| （　　）歳 | （　　）歳 |

5.栄養

　　取り外しのできる歯はありますか　□はい（部位　　　　　　　　　　）□いいえ

６．排泄

排便回数は何回ですか？　　（　　　）日（　　　）回

夜間（21時～6時）に排尿はありますか　□あり　（　　　　　）回　　□なし

７．睡眠状況

　　睡眠薬を飲んでいますか　　□はい（薬剤名：　　　　　　　　　　　）　□いいえ

８．身体状況

最近、転倒したことがありますか　　□はい　□いいえ

しびれ、運動麻痺はありますか　　　□はい（部位　　　　　　　　　　　　）　□いいえ

体の中の留置物（ペースメーカー・ステント・インプラント・人工関節・CVポート

骨折後のボルト・開頭後のクリップ・その他）〇をしてください。

９．アレルギー・薬の副作用について下記に〇をしてください。

①アレルギーはありますか　　　　□はい　　□いいえ

薬（薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　）

天然ゴム・造影剤・アルコール綿・イソジン・絆創膏・植物・動物

食物（果物・肉・魚・卵・牛乳・大豆・ゼリー・グミ）　その他（　　　　　　　　　　　　　）

症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

②喘息はありますか　　　　　　　　□はい　　□いいえ

10．家族構成

同居されている方（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

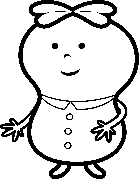
同居以外のご家族（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

頼りにできる人はいますか

□はい　名前（　　　　　　　　　　　　）　続柄（　　　　） □いいえ

１1．その他

1. 入院中の請求書に診療明細書を希望されますか 　　　 □はい　□いいえ
2. 病室前に名前表示をさせていただいていいですか 　　　 □はい　□いいえ

１２．入院に際し、心配なことなどありましたら何でもご記入ください。

京都府立医科大学付属病院入退院センター　　　　2023.8月改訂