

入院される方へ

私たちは、安心して入院生活を送っていただけるよう入院前から患者様の今までの生活習慣について、下記の内容をお尋ねしたいと思います。ご本人もしくは、代理の方にご記入をお願いいたします。
この用紙は、黒ボールペンでご記入の上、入院の際に看護師にお渡し下さい。

埼玉県総合リハビリテーションセンター

氏名： _____ 様

- 1 職業(具体的にお書き下さい)：(_____)
無職と書かれた方は、以前の職業をお書き下さい：(_____)

- 2 同居の家族について教えてください。

氏名	年齢	続柄	職業

- 3 アレルギーはありますか。 ☐無 ☐有
☐食物(_____) ☐薬剤(_____)
☐造影剤(_____)
☐その他(_____)

- 4 お酒は飲みますか。 ☐飲まない ☐飲む ☐以前は飲んでいた
→飲むとお答えになった方： ☐毎日 ☐時々 _____ 回／週・月
☐何を飲んでいますか ☐ビール ☐焼酎 ☐日本酒 ☐ウイスキー その他(_____)
☐どのくらい飲みますか(_____)

- 5 タバコは吸いますか。 ☐吸わない ☐吸う ☐以前吸っていた
→吸う方、吸っていた方： 1日 _____ 本 _____ 歳から _____ 歳まで

6 今までにかかった病気、けががありましたら、お書き下さい。

高血圧 ☐無 ☐有 (歳～:治療内容:)

心臓病 ☐無 ☐有 (歳～:治療内容:)

糖尿病 ☐無 ☐有 (歳～:治療内容:)

喘息 ☐無 ☐有 (歳～:治療内容:)

その他:()

7 緑内障はありますか。 ☐無 ☐有

8 普段、健康のために気をつけていることがあればお書き下さい。

()

9 定期健康診断は受けていますか。 ☐受けていない ☐受けている

10 病気や入院することについて、医師からどのように話を聞いていますか。心配なことはありますか。

()

11 病気のことで相談できる人は誰ですか。ご関係をご記入ください。

相談出来る人: 続柄

12 入院前の一日の食事回数を教えてください。 回/日

13 間食はしていますか。 ☐していない ☐している

14 食欲はありますか。 ☐ない ☐ある

15 お食事に対して配慮していることはありますか。 ☐無 ☐有

→あると答えた方:どのようなことですか()

16 身長・体重を教えてください。 身長 cm 体重 kg

17 入れ歯をお使いですか。 ☐無 ☐有

18 皮膚の問題はありますか。 ☐無 ☐有

→あると答えた方:☐水虫 ☐むくみ ☐床ずれ ☐その他()

19 尿は1日何回くらいありますか。 回/日(うち夜間 回)

20 オムツは使用していますか。 ☐無 ☐有

21 排尿の問題はありますか。 ☐無 ☐有

22 排便間隔はどのくらいですか。 ☐毎日 ☐ _____ 日に1回

23 家屋環境について教えてください。 ☐持ち家 ☐借家 ☐公営住宅 ☐賃貸マンション ☐その他

24 家屋の構造を教えてください。 ☐平屋 ☐2階建て ☐高層階 ☐その他

25 日常生活行動で介助が必要な項目を教えてください。
介助が必要な場合、具体的な介助方法を教えてください。
☐食事 ☐トイレ ☐着替え ☐移動 ☐入浴 ☐階段

26 利き手はどちらですか。 ☐右 ☐左

27 眠れますか。 ☐良眠 ☐不眠がち ☐不眠

28 睡眠時に ☐いびき ☐歯ぎしり ☐寝言 ☐睡眠時無呼吸はありますか。

29 睡眠薬を使用していますか。 ☐無 ☐有

30 聴力に問題ありますか。 ☐無 ☐有

31 視力に問題がありますか。 ☐無 ☐有

32 1年以内に転んだことがありますか。 ☐無 ☐有
→あると答えた方:いつ頃ですか。 _____ 年 _____ 月

33 最近、日時や人や場所がわからなくなることがありますか。 ☐無 ☐有

34 痛いところがありますか。 ☐無 ☐有
→あると答えた方:どこですか。(_____)

35 しびれはありますか。 ☐無 ☐有
→あると答えた方:どこですか。(_____)

36 現在困っていること、望んでいることはありますか。

37 ご自身の性格をどのようにお考えですか。()

38 女性の方のみお答え下さい。月経はありますか。 ☐無 ☐有

39 男性の方のみお答え下さい。前立腺のご病気はありますか。 ☐無 ☐有

40 今回の病気もしくは、おケガのほかに、最近ストレスになった出来事がありますか。

()

41 ストレス解消法はありますか。 ☐無 ☐有

→あると答えた方:具体的にご記入下さい。()

42 趣味はありますか。 ☐無 ☐有

→あると答えた方:具体的にご記入下さい。()

43 宗教上、配慮することはありますか。 ☐無 ☐有

44 要介護認定の交付はありますか。 ☐無 ☐有 要支援: 要介護:

☐申請中→いつ頃申請されましたか。 月 日

45 介護保険で利用されているサービスは何ですか。

☐デイサービス(週に 回)

☐デイケア(週に 回)

☐訪問ヘルパー(週に 回)

☐訪問看護(週に 回)

☐訪問入浴(週に 回)

☐ショートステイ(週に 回)

☐介護用品の使用 ☐ベッド ☐マットレス ☐車椅子 ☐歩行器 ☐その他()

46 身体障害者手帳の交付はありますか。 ☐無 ☐有

→あると答えた方:何級ですか。 級

47 入院中主に面会に来られる方、回数を教えて下さい。(氏名: : 回/週予定)

ご協力ありがとうございました。