

入院時間診票

氏名： _____

記載者 _____

この問診票は入院される患者様の入院前の状態を知ること、入院中の診察や看護に役立てることを目的とします。ご協力をお願い致します。ご記入後は、入院先の病棟看護師にお渡しください。
なお、この問診票は個人情報保護上の取り扱いを厳重にしております。

身長	cm
体重	kg

職業：
職歴：

◆ 緊急連絡先 ◆

大切な病状の説明を受けたり、相談したりする方です。

優先順位の高い方から3名お書きください。

(職場でも結構です。勤務先の名前をお書きください。)

	お名前	続柄	電話番号	住所
1				
2				
3				

◆ ご家族の状況について ◆

氏名	続柄	年齢	同居の有無	備考
			同居 ・ 別居	
			同居 ・ 別居	
			同居 ・ 別居	
			同居 ・ 別居	
			同居 ・ 別居	
			同居 ・ 別居	

◆ 既往歴 ◆

今までにかかれた病気をお書きください。

発症時期・発症年齢	病名	病院名	備考

内服薬の有無（ 当院 ・ 他院 ） 輸血歴（ あり ・ なし ）

◆ 病状について ◆

現在の症状をお書きください。いつからどんな症状がありましたか？

例：1月2日にお腹が痛くなり、吐き気もあった。

◆ アレルギーについて ◆ あてはまるものに○をつけてください。

①食物のアレルギーはありますか？（ はい ・ いいえ ）

はいの場合食物名の記入をお願いします。（ ）

②飲み薬・注射などの薬によるアレルギーはありますか？（ はい ・ いいえ ）

はいの場合薬品名の記入をお願いします。（ ）

③病院などで「感染症」と言われたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

はいの場合記入をお願いします。（ ）

④新型コロナワクチン接種回数（ ）回 最終接種日（ 令和 年 月 日 ）

◆ 嗜好・栄養 ◆ あてはまるものに○をつけてください。

①喫煙（ なし ・ あり ）

ありの場合：1日あたり（ ）本、（ ）歳から（ ）歳まで（ ）年間

②飲酒（ なし ・ あり ）

③主食（ ご飯 ・ お粥 ・ パン ・ 麺類 ・ その他： ）

④義歯 入れ歯はありますか？（ はい ・ いいえ ）

はいの方（ 総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ その他： ）

◆排泄◆ () 内にご記入ください。

- ① 1日の排尿回数 (~ 回)、そのうち就寝後の回数 () 回
 ② 1日の排便回数 (回 / 日)
 ③ 排泄方法 ○をつけてください。
 (洋式トイレ ・ 和式トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ 便器 ・ オムツ)
 上記以外の場合記入をお願いします。()

◆社会資源◆ あてはまるものに○をお願いします。

- ①介護認定 (なし ・ あり)
 ありの場合：介護度：(要支援1 ・ 要支援2)
 (要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5)
 ②ケアマネージャーはいますか？
 いらっしゃる場合は下記に記入をお願いします。
 ケアマネージャー名：()
 事業所名：()

現在利用しているものに☑をつけ、利用頻度について記入をお願いします。

利用状況	サービス内容		事業所名
<input type="checkbox"/>	デイサービス	()週間に()回	
<input type="checkbox"/>	ショートステイ	()週間に()回	
<input type="checkbox"/>	訪問看護	()週間に()回	
<input type="checkbox"/>	ヘルパー	()週間に()回	
<input type="checkbox"/>	訪問診療	()週間に()回	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	()週間に()回	
<input type="checkbox"/>	利用していない		

◆活動・運動◆ あてはまるものに○をお願いします。

- ①日常生活行動
 食事 (できる ・ 介助が必要) 入浴・洗髪 (できる ・ 介助が必要)
 更衣 (できる ・ 介助が必要) 排泄 (できる ・ 介助が必要)
 家事 (できる ・ 介助が必要) 歯磨き・洗面 (できる ・ 介助が必要)
 歩行 (できる ・ 介助が必要) 座位保持 (できる ・ 介助が必要)
 移動方法 (自立 ・ 車椅子 ・ 歩行器 ・ 杖 ・ その他：)
 ②退院後
 ・ 自宅
 ・ 施設 ()
 ・ 転院 ()

ご協力ありがとうございました。

ご不明な点や疑問は、病棟看護師に渡す際にお尋ねください。

宇都宮第一病院