

問 診 票

よりよい入院生活・看護を行っていくために必要な情報ですのでご記入をお願いします

氏名：				年齢：		性別：	
				歳		男性 ・ 女性	
連絡先							
ご本人の電話番号（ — — ）							
1. 氏名（ ）続柄（ ）電話番号（ — — ）							
2. 氏名（ ）続柄（ ）電話番号（ — — ）							
※キーパーソンとなる方の番号に○をご記入ください。							
職業（元職業）			たばこ歴： なし ・ あり			アルコール歴：	
			歳～ 歳 本/日			なし ・ あり	
家族構成	氏名	年齢	続柄	住まい	性別	連絡先	
記載例	栄 太郎	78	父	同居・別居	男・女・その他	090-8910-2171	
父母 兄弟 姉妹 子供 まで記載 ください				同居・別居	男・女・その他		
				同居・別居	男・女・その他		
				同居・別居	男・女・その他		
				同居・別居	男・女・その他		
				同居・別居	男・女・その他		
				同居・別居	男・女・その他		
				同居・別居	男・女・その他		
				同居・別居	男・女・その他		
既往歴	病名	年齢	治療	病名	年齢	治療	
記載例	左腕の骨折	43	内服・手術			内服 ・ 手術	
			内服・手術			内服 ・ 手術	
			内服・手術			内服 ・ 手術	
			内服・手術			内服 ・ 手術	
			内服・手術			内服 ・ 手術	
<社会資源の活用について>							
☐ 介護保険未申請 ☐ 介護保険申請済（要支援・要介護 1. 2. 3. 4. 5. ） ☐ 身体障害者（ 級 障害名： ） ☐ その他（ ） ※担当の地域包括支援センター（ ）ケアマネジャー名（ ）							
<アレルギー・禁忌> なし・あり（ ）							
<臓器提供の意志> なし・あり							
<入院までの経緯>							

裏面にお進みください

該当する回答□にレ点をご記入ください

〈栄養・食事について〉

栄養経路	☐ 経口 ☐ 経管（経鼻・胃ろう・腸ろう・その他） ☐ 静脈栄養
咀嚼困難	☐ あり ☐ なし ☐ 入れ歯を使用中（部分入れ歯・総入れ歯）
嚥下障害	☐ あり ☐ なし
急激（3週間以内）な体重減少	☐ あり（+ kg ・ - kg） ☐ なし
継続した消化器症状	☐ あり * 下記の該当する項目にレ点をご記入ください ☐ なし * ☐ 嘔気 ☐ 嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 食欲不振 ☐ 腹部膨満感 ☐ 味覚障害 ☐ 腹部痛
床ズレの有無	☐ あり（部位 ） ☐ なし
その他	☐ 胸水がある ☐ 腹水がある ☐ その他（ ） ☐ 放射線療法、化学療法中または予定 ☐ 手術予定

〈排泄について〉

尿回数	回/日 （就寝から起床まで 回/日）
排尿方法	☐ 自然排尿 ☐ バルン留置 ☐ おむつ ☐ その他（ ）
排尿に関する症状	☐ なし ☐ 回数が多い ☐ 1回量が少ない ☐ その他（ ）
便回数	回/ 日
排便方法	☐ 自然排便 ☐ ストマ ☐ おむつ ☐ その他（ ） ☐ 便秘あり ☐ 下痢あり

〈運動について〉

日常生活動作 ※介助が必要な場合のみレ点をご記入ください	食事 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 入浴 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 衣類着脱 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 排泄 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 移動 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 車椅子乗車 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 歩行 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
---------------------------------	--

*入院に際しご不安なことや気がかりなこと、ご本人やご家族の治療、療養上のご要望がありましたらご自由にお書きください。

--

* ご協力ありがとうございました。

〈入院時持参頂くもの〉

入院誓約書・保険証又はマイナンバーカード・お薬手帳・服用中のお薬・問診票（提出していない方）