

入院時お伺い用紙

◎入院までの経過を教えてください。

◎医師から入院に対してどのような説明を受けましたか。

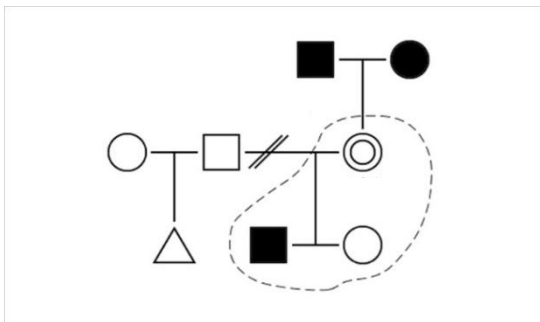
◎ご家族の連絡先について 連絡先優先順位 ※日中連絡のつく方

	お名前(ふりがな) (続柄)	自宅番号 (連絡がとれる時間)	携帯番号 (連絡がとれる時間)	ご住所
第1連絡先	()	()	()	
第2連絡先	()	()	()	

◎病気・薬について ※かかりつけ医:()

年齢	病名	病院名	治療の状況
			<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 自己中断
			<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 自己中断
			<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 自己中断
			<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 自己中断

◎家族構成 ※書き方見本



○女性 □男性 ●■死別

◎ □ 患者本人は2重線

△性別不明 // 離婚 33

家族構成

以下の質問に、□にチェックを入れてお答えください。

◎世帯の状況について、当てはまるものがあれば教えてください

- 一人暮らしである 高齢夫婦2人暮らしである 身寄りがいない
2世帯で生活しているが、共働きであり、不在となることが多い

◎入院の方以外に家族の中に介護が必要な方がいますか？

- いない いる(介護をする人：)

◎どなたが金銭管理を行いますか？

- 自分でやる 配偶者 子ども 知人 後見人 身元保証会社
親族以外の場合は、どなたが行うか具体的に()

◎認知症について教えてください

- 認知症状 物忘れ 場所がわからなくなる 徘徊する 被害妄想症状 暴力をふるう
暴言がある 突然泣き出すまたは怒り出す 夜になると、活動が活発になる
なし あり オムツを自分でとる 尿便を触る 意味もなく声を出す その他()

◎以前にせん妄をおこしたことがあると、病院や施設などから言われたことがありましたか なし あり

◎アレルギーについて教えてください

- なし あり(食物： 薬物： その他：)

◎医療処置の有無について教えてください なし あり

- 床ずれ(部位： 処置内容：) インシュリン(回数： 回/日、薬剤名)
吸引(おおよその回数： 回/日) 在宅酸素(ℓ/分) その他()

◎公的サポートについて教えてください

- 介護保険 未申請(制度を知らない・制度は知っている) 申請済
認定 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
ケアマネージャー 名前()
事業所() 事業所 TEL ()
障がい者手帳 なし あり(級)

◎今後の生活について考えていることがあれば教えてください

- 1.どのような状況でも、自宅退院を希望(家で看取ることも含む)
2.入院前と同等に動けるようになれば、自宅退院
3.入院前より介助が必要になれば、自宅退院以外を検討したい。
4.元いた施設への退院を希望 (施設名)
5.自宅介護は継続したいが、サービスを少し変更したいと思っている。
6.今回の入院前より施設入所を考えていたので、退院時は施設入所としたい。
7.その他()

◎身体状況について教えてください

身体計測	<input type="checkbox"/> 身長 cm <input type="checkbox"/> 体重 kg ※直近 6 か月の間に体重の増減 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
視力障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 白内障(右・左) <input type="checkbox"/> 緑内障(右・左) <input type="checkbox"/> その他()
言語障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 声が出ない <input type="checkbox"/> 話づらい <input type="checkbox"/> その他()
運動障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 右半身 <input type="checkbox"/> 左半身 <input type="checkbox"/> 脊髄(<input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腰) <input type="checkbox"/> その他()
聴力障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他()

◎入院前の状態について教えてください

タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う: 歳～ 1 日量 本/日 <input type="checkbox"/> やめた: 歳～ 歳 1 日量 本/日
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1～2 回/日 <input type="checkbox"/> 付き合い程度 1 回量(合/杯) <input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> 焼酎 <input type="checkbox"/> ワイン <input type="checkbox"/> その他() 一日の飲酒量について下記の量程度摂取されている場合☑してください。 ※アルコール 60g 以上の目安量 <input type="checkbox"/> 日本酒/3合ぐらい <input type="checkbox"/> ビール 500ml/3杯ぐらい <input type="checkbox"/> ワイン 200ml/3杯 <input type="checkbox"/> 焼酎/2 合
食事	食事形態 主食: <input type="checkbox"/> 普通ごはん <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー粥 おかず: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: <input type="checkbox"/> とろみあり <input type="checkbox"/> とろみなし その他: <input type="checkbox"/> 鼻チューブまたは胃ろう利用(1 日 回) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 食事制限: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(たんぱく制限、塩分制限・その他)
	入れ歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 総入れ歯: <input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ <input type="checkbox"/> 上下 部分入歯: <input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ <input type="checkbox"/> 上下
排泄	おむつ利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 昼間: <input type="checkbox"/> パンツ式 <input type="checkbox"/> テープ式 <input type="checkbox"/> パットのみ 夜間: <input type="checkbox"/> パンツ式 <input type="checkbox"/> テープ式 <input type="checkbox"/> パットのみ
	排便 最終排便 (月 日) 回/日 下剤の使用: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 排便障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある(内容:)
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠 眠剤の使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> いびき

※上記の情報を元に、入院中の主治医・看護師・リハビリスタッフ・医療ソーシャルワーカーがカンファレンスを行います。

※場合によっては、担当のケアマネージャーや関係機関とご連絡することがあります。

ご希望なされない方は、病棟看護師にお申し出ください。