

## 入院時情報シート

この情報は、入院生活に役立つ為の情報です。  
出来るだけご記入いただきますようお願いいたします。

フリガナ	生年月日: M・T・S・H	年	月	日	歳
患者様氏名	様	性別: 男性・女性			
ご住所	電話番号 ( )				
緊急時のご連絡先を優先順にお書き下さい					
第一 連絡先	お名前				
	続柄				
	電話番号 ①				
	②				
住所					
第二 連絡先	お名前				
	続柄				
	電話番号 ①				
	②				
住所					
第三 連絡先	お名前				
	続柄				
	電話番号 ①				
	②				
住所					
体のご様子についてお伺いします					
以前に患った病気名、ケガ、手術等をお書き下さい					
病名		いつ		治療内容	
病名		いつ		治療内容	
病名		いつ		治療内容	
病名		いつ		治療内容	
病名		いつ		治療内容	
<p>&lt;輸血&gt; 輸血をされたことはありますか? ( ある・ない・不明 )</p> <p>&lt;アレルギー&gt; 薬や食べ物に対してアレルギーはありますか? ( はい・いいえ )</p> <p style="padding-left: 20px;">「ある」と回答した方へ 具体的にお書き下さい。( )</p> <p>&lt;睡眠&gt; 良く眠れますか? ( はい・いいえ )</p> <p style="padding-left: 20px;">「いいえ」と回答した方へ 不眠のお薬を飲んでいませんか? ( はい・いいえ )</p> <p>&lt;視力&gt; 目は良く見えますか? ( 普通・大きい字は見える・あまり見えない・見えない )</p> <p style="padding-left: 20px;">メガネはお持ちですか? ( はい・いいえ )</p> <p>&lt;聴力&gt; 耳は良く聞こえますか? ( 普通・大きい声は聞こえる・あまり聞こえない・聞こえない )</p> <p style="padding-left: 20px;">補聴器はお使いですか? ( はい・いいえ )</p> <p>&lt;咀嚼力&gt; 食べ物を噛むのに不都合はありますか? ( はい・いいえ )</p> <p style="padding-left: 20px;">「はい」と回答した方へ 具体的にお書き下さい。( )</p> <p style="padding-left: 20px;">入れ歯はお使いですか? ( はい ( 上・下・部分 ) ・いいえ )</p> <p>&lt;その他&gt; メガネ・補聴器・入れ歯の管理はできますか? ( はい・いいえ )</p>					

裏面へ続きます。引き続きお答えください。

今回入院される直前の日常生活についてお伺いします	
<食事>	食事は一日何食召し上がっていましたか？（ 食/日 ）（規則的・不規則） 外食はどのくらいしていましたか？（ 回/日・週・月 ） 間食はしていましたか？（ はい・いいえ ） 好き嫌いはありますか？（ はい・いいえ ）具体的に（ ）
<飲込み>	むせることはありましたか？（ はい・いいえ ） 「はい」と回答した方へ トロミ剤は使っていましたか？（ はい・いいえ ）
<お酒>	お酒は飲みますか？（ 飲む・飲まない・やめた ） 「飲む」と回答した方へ 何をお飲みですか？（ ） どのくらいの量・頻度ですか？（ /日・週 ）機会がある時に
<たばこ>	たばこは吸いますか？（ 吸う・吸わない・やめた ） 「吸う」と回答した方へ どのくらいお吸いになりますか？（ 本/日・週 ）
現在の職業は何ですか？	（ ）（在職中・休職中・退職・無職）
職歴(元の職業も含む)をお書き下さい	（ ）勤務先（ ）
復職の希望はありますか？	（ はい・いいえ ）
現在の収入源は何ですか？	（ 給与・年金・その他 ）
信仰している宗教がありましたらお書き下さい	
社会資源についてお伺いします	
介護保険証はお持ちですか？	（ はい・いいえ ）
	「はい」と回答した方へ
	ケアマネージャーはついていますか？（ はい・いいえ ）
	サービスの利用はされてきましたか？（ はい・いいえ ）
	「いいえ」と回答した方へ
	介護申請は行ないましたか？（ はい・いいえ ）
身体障害者手帳はお持ちですか？	（ はい・いいえ ）
今後についてお伺いします	
退院先はどこをお考えですか？	（ 在宅・施設・検討中 ）
	「在宅」と回答した方へ
	在宅へ退院されるために、最低限出来るようになって欲しいことは何ですか？
	〔 〕
	「施設」と回答した方へ
	施設申込はお済ですか？（ はい・いいえ ）
	「はい」と回答された方へ
	具体的な施設名をお教え下さい。（ ）
入院や今後の生活に対して不安なことはありますか？	
当てはまる項目に✓をしてください。	
<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 退院先 <input type="checkbox"/> 金銭面 <input type="checkbox"/> 家の改修 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 車の運転 <input type="checkbox"/> その他	
差し支えなければ具体的に下記にお書き下さい。	
〔 〕	