

入院時情報シート～ボトックス・TMS治療専用～

この情報は、入院生活に役立てる為の情報ですお手数ですが出来るだけご記入いただきますようお願いいたします

〒 患者様氏名	生年月日:M・T・S・H	年	月	日	歳
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

以前に患った病名、ケガ、手術をお書き下さい

- | | |
|-------|-------|
| ・ 年 月 | ・ 年 月 |
| ・ 年 月 | ・ 年 月 |
| ・ 年 月 | ・ 年 月 |
| ・ 年 月 | ・ 年 月 |

<かかりつけ医> ()

<輸血> 輸血をされたことはありますか? (ある・ない・不明)

<アレルギー> 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)

「ある」と答えた方へ 具体的にお書き下さい。()

<睡眠> 良く眠れますか? (はい・いいえ)

「いいえ」と回答した方へ 不眠のお薬を飲んでいますか? (はい・いいえ)

<視力> 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)

メガネはお持ちですか? (はい・いいえ)

<聴力> 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)

補聴器はお使いですか? (はい・いいえ)

<体内金属の有無> 体内に金属などが入ってますか? (はい・いいえ)

「はい」と回答した方へ 部位() 種類()

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）
好き嫌いがありますか？（ はい・いいえ ） 具体的に（ ）

<嚥下> 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 ）
入れ歯はお使いですか？（ はい（上・下・部分）・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 どのくらいの量・頻度ですか？（ /日・週）機会ある時

<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）
勤務先はどちらですか？（会社名： ）

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 現在受けている介護サービス等をご記入ください。

<介護度> 要支援（ 1、2 ） 要介護（ 1、2、3、4、5 ）

<ケアマネージャー> 事業所名（ ） 担当者名（ ）
連絡先（ ）

<在宅サービス>

訪問看護 事業所名（ ） （ ）回/週利用

訪問介護 事業所名（ ） （ ）回/週利用

訪問リハ 事業所名（ ） （ ）回/週利用

訪問入浴 事業所名（ ） （ ）回/週利用

デイケア 事業所名（ ） （ ）回/週利用

デイサービス 事業所名（ ） （ ）回/週利用

ショートステイ 事業所名（ ） （ ）回/月利用

福祉用具レンタル（車椅子・ベッド・歩行器・その他） （ ）

福祉用具購入 （ ）

装具 有（ ） 無

住宅改修 済み 未改修

障害者手帳等はお持ちですか？ （ はい・いいえ ）
「はい」と回答した方へ

身体障害者手帳 （ 種 級）

精神障害者手帳 （ 種 級）

特定疾患受給者証 疾患名（ ）

今後についてお伺いします

<日常生活でご本人が困っていることや、これから出来るようになりたいことをご記入ください>

（ ）

<ご家族が介護している中で困っていることや、これから出来るようになって欲しいことをご記入ください>

（ ）

ご協力ありがとうございました。