

# 入院時情報提供用紙

※病院管理の患者情報として必要なものをお聞きします。  
記載された情報は病院でのみ使用します。

患者氏名 \_\_\_\_\_

情報提供者氏名 \_\_\_\_\_

①既往歴：現在治療している及び過去の病気、入院・手術についても記載して下さい。

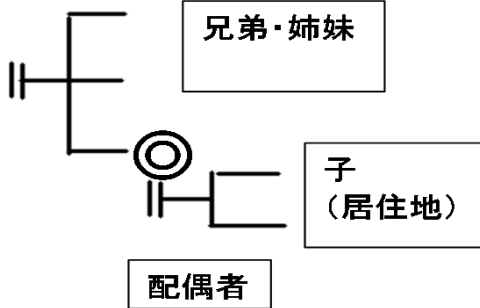
入院履歴参照（最終入院： 年 月頃）

※ 初回入院の方、または前回入院以降追加のものについてはご記入ください。

②家族構成

記入例)本人◎ 男性□ 女性○

書き方例)



③緊急連絡先 ※緊急連絡先は必ず連絡が取れる所を2つ以上お願いします。

お名前 (フリガナ)	(続柄)	電話番号(携帯・職場)	連絡可能な時間帯
①	( )		いつでも可・( )
②	( )		いつでも可・( )
③	( )		いつでも可・( )

④今まで薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

無・有	食物( )
有りの方は品名と症状を記載して下さい	薬物( )
	その他( )

⑤現在、血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？

( 飲んでいる ・ 飲んでいない ・ わからない )

⑥心臓病や緑内障と診断されたことがありますか？

( 心臓病 ・ 緑内障 ・ なし ・ わからない )

⑦入院・発病前の生活について 当てはまるもの全てにチェックして下さい。

食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べる	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	副食 <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 刻む・小さく切る <input type="checkbox"/> ミキサー	飲み物 <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> トロミ付き
	<input type="checkbox"/> 介助が必要			
排泄	<input type="checkbox"/> 一人でできる	尿(一日 回) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル・尿器 <input type="checkbox"/> 尿管	便( 日に1回) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル	
	<input type="checkbox"/> 介助が必要			
	<input type="checkbox"/> オムツ使用			
移動	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける	<input type="checkbox"/> 補助具なし <input type="checkbox"/> ウォーカー <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> ベッド(自由に移動できない) <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子		
	<input type="checkbox"/> 介助が必要			
入浴	<input type="checkbox"/> 一人でできる			
	<input type="checkbox"/> 準備・介助が必要			
	<input type="checkbox"/> 自分でできない (デイサービスの利用)			
認知行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 会話が成り立たない <input type="checkbox"/> オムツいじり <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 物忘れ			

⑧介護保険について、○で囲んで下さい。

介護保険の申請 ( 有 ・ 無 ・ 申請中 ・ 申請予定 )

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

担当ケアマネージャー

様

主な介護者(続柄)

( )

受けている医療行為・介護サービス	
<input type="checkbox"/> 在宅酸素( L )	<input type="checkbox"/> ヘルパー
<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> デイサービス( )
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> ショートステイ( )
<input type="checkbox"/> 訪問診察	<input type="checkbox"/> 施設入所( )
<input type="checkbox"/> その他( )	