

入院時情報提供用紙

| | | | | | |
|-------|--|---------|----|------------------------------|--|
| ID: | 診療科: <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 | 情報提供者氏名 | 続柄 | 職員記載 | |
| | | | | 入院病名: | |
| 患者氏名: | 様 (歳) | 様 | | 身長: cm (ふくらはぎ: cm) | |
| | | | | 体重: kg | |

| | |
|------------|--------------------|
| ①主訴(つらい症状) | ②現病歴(いつからどんな症状ですか) |
| | |

| ③既往歴(過去に治療した病気、入院、手術について記入してください) 最終入院(年 月) | | | |
|--|----|-----|---------------|
| □なし | | | |
| 年齢 | 病名 | 病院名 | 治療内容(入院・手術など) |
| 歳頃 | | | |

| ④家族構成(親、兄弟、子どもについてご記入ください) | | | | | |
|----------------------------|----|---|----------------|------|---------------------|
| 氏名 | 続柄 | 同居の有無 | 居住地 (別居の場合) | 職員記載 | 家族構成図 (本人◎ 男性□ 女性○) |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | |

| ⑤緊急連絡先(必ず連絡が取れるところを2つ記入をお願いします) | | | | |
|---------------------------------|--------|----|--------------|----------|
| | 氏名 | 続柄 | 電話番号(携帯・職場等) | 連絡可能な時間帯 |
| 1 | (フリガナ) | | | いつでも可 ・ |
| | | | | |
| 2 | (フリガナ) | | | いつでも可 ・ |
| | | | | |

| |
|----------|
| 患者様 携帯番号 |
| |

当てはまるもの全てにチェック✓または記入をお願いします

| | | | |
|---|--|--|--|
| ⑥アレルギーについて | | ⑦嗜好品について | |
| ◆アレルギーはありますか | | ◆アルコールは飲みますか | |
| □なし □あり | | □飲まない □毎日飲む □週に数回程度 □付き合い程度 □不明 | |
| □食物:() | | 種類: 量:(1日 合/ 杯/ 本/350ml/500ml) | |
| □薬物:造影剤、抗生剤等() | | ◆タバコは吸っていますか | |
| □その他: () | | □吸わない □吸っている(1日 本 年間 現在まで) □不明 □吸っていた(1日 本 年間) | |
| ⑧入院・発症前の生活について | | | |
| 食事 | 動作 | □1人で食べる □見守り程度 □セッティングすれば食べる □くちまで運ぶ動作に介助 □全て介助 | |
| | 主食 | □米飯 □お粥 □ミキサー粥 □その他() | |
| | 副食 | □そのまま □軟らかいもの □刻んだもの □とろみをつけたもの □ミキサー | |
| | 水分 | □そのまま □とろみをつけたもの □水ゼリー | |
| | 摂食方法 | □箸 □スプーン □フォーク | |
| | 義歯 | □なし □上のみあり □下のみあり □総入れ歯 □部分入れ歯 □その他() | |
| | 胃瘻・胃管 | 栄養剤名() 注入量(朝: 昼: 夕:) サイズ()最終交換日(/) | |
| 服薬 | 服薬 | □なし□自分で管理 □家族が管理 □訪問看護、薬局(訪問)、ヘルパー等で管理 □その他() | |
| | 飲み忘れ | □なし □あり | |
| | 管理方法 | □シートごと □一包化 □箱などに小分け □その他() | |
| 排泄 | 動作 | □1人でできる □見守り程度 □腰支え □ズボンの上げ下げ □全て介助 | |
| | 排泄方法 | □1階トイレ □2階トイレ □ポータブル 寝室からトイレまでの距離 m | |
| | | □尿器 □尿管()Fr 最終交換日(/) □尿取りパット □はくパンツ型オムツ □テープ止め型オムツ □その他() □なし | |
| | 排尿 | 1日()回 夜間()回 | |
| 排便 | ()日()回 排便コントロール□なし □下剤内服 □浣腸 □坐薬 □その他() | | |
| 入浴 | 入浴方法 | □湯船につかる □シャワー浴 □訪問入浴 □デイサービス等で入浴 | |
| | 動作 | □1人でできる □見守り程度 □着脱介助 □体洗い □全て介助 | |
| 整容 | 洗面・歯磨き | □洗面所 □部屋 | |
| | | □1人でできる □コップや歯ブラシを準備すればできる □全て介助 | |
| 着脱 | 動作 | □1人でできる □一部介助 □全て介助 | |
| 階段 | 動作 | □1人でできる □見守り程度 □脇支え □できない □不明 | |
| 歩行 | 動作 | □1人でできる □見守り程度 □手引き □歩けない | |
| | 補助具 | □なし □杖 □シルバーカー □ウォーカー □車椅子(□1人でできる □軽介助 □全て介助) | |
| ⑨介護保険等について | | | |
| ◆介護保険の認定はありますか | | | |
| □なし □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 | | | |
| ケアマネ() 主な介護者() 続柄() | | | |
| ◆生活保護受給 □なし □あり | | ◆身体障害者認定 □なし □あり(級) | |
| ⑩介護サービス・医療行為について | | ⑪延命処置について | |
| ◆受けている医療行為や介護サービスはありますか □なし | | ◆万が一、急変が起きた場合、本人(家族)が延命処置を希望されますか | |
| □在宅酸素(L) □訪問診察() □訪問看護() | | □希望しない □未確認 | |
| □施設入所() □デイサービス() | | □わからない(考えたことがない) | |
| □ショートステイ() □ヘルパー() □その他() | | □希望する (□人工呼吸器 □心臓マッサージ等) | |
| ◆医療行為 □なし | | | |
| □吸引 □経管栄養 □褥瘡(床ずれ) □尿管 □点滴 □その他() | | | |