

# 入院される方へ

この用紙は  
病棟でお出し下さい

県立中央病院看護部

治療、入院生活など不安なことも多いと思います。少しでも不安が和らぎ、安心して入院生活が送れるよう援助させていただきます。援助するうえで前もって伺っておきたい質問項目をあげております。不都合な項目に関してはお答えしていただくなくてもかまいません。

よろしく願いいたします。

氏名		電話(本人)		職業	
----	--	--------	--	----	--

## 1. 緊急連絡先およびご家族について教えてください。

緊急 連絡先 1	氏名		年齢		ご本人との関係	
	電話番号	①	②			
	<input type="checkbox"/> 病状説明を聞く	<input type="checkbox"/> 身の回りの世話をする	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居( )	
緊急 連絡先 2	氏名		年齢		ご本人との関係	
	電話番号	①	②			
	<input type="checkbox"/> 病状説明を聞く	<input type="checkbox"/> 身の回りの世話をする	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居( )	

氏名	年齢	ご本人との関係	同居の有無
			<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( )

## 2. いつ頃からどのような症状がありましたか。また、その症状の出現によって日常生活にどのような影響がありましたか、ご家族への影響も含めてご記入ください。

## 3. 今回の入院(病状)について医師からどのような説明を受け、どのように感じていますか。

## 4. 今回の入院(病状)以外で治療中の病気や過去の入院経験などがあれば教えてください。

年齢	病名	治療内容 (内服治療・手術など)	転帰	施設名
歳頃			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中	
歳頃			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中	
歳頃			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中	
歳頃			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中	
歳頃			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中	
歳頃			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中	

裏面へ続きます

5.現在、飲んでいる(使用している)薬はありますか。 いいえ はい

はいの方に薬の管理について伺います。

管理は自分でしている 家族などが管理している 時々飲み忘れることがある

6.アレルギーはありますか。 いいえ はい

はいの方に伺います。該当する項目にをして詳細をご記入ください。

お薬のアレルギー [ ]

食べ物のアレルギー

食べ物のアレルギーのため病院給食で除去が必要な食材には○をつけてください。

卵・乳製品・小麦・大豆・そば・さけ・さば・えび・かに・あわび・いか・いくら

牛肉・鶏肉・豚肉・ゼラチン・落花生・やまいも・オレンジ・キウイフルーツ・バナナ

もも・りんご・まつたけ・くるみ・カシューナッツ・ごま・その他 [ ]

その他のアレルギー [ ]

7.日常生活についてお伺いします。

①入れ歯を使用していますか。 いいえ はい [ 部分 総義歯(上・下)]

[取り外し可・取り外し不可]

②見えにくいことがありますか。 いいえ はい [眼鏡・コンタクト]

③聞こえにくいことがありますか。 いいえ はい [両耳・右耳・左耳]

補聴器使用 [両耳・右耳・左耳]

④手助けが必要な項目にをしてください。

なし 食事 着替え・入浴など トイレ動作など 歩行など

8.現在たばこを吸っていますか。 いいえ はい [ 本/日・喫煙歴 年]

過去にたばこを吸っていましたか。 いいえ はい [ 本/日・喫煙歴 年・ 歳まで]

9.お酒は飲みますか。 いいえ はい [ 毎日・時々] [種類: 量: ]

10.食事について教えてください。

1日の食事 [ 朝食 昼食 夕食 その他 ] 調理者 [ 本人 本人以外]

治療による食事制限はありますか。 なし あり

11.今回の病状に関係なく、告知を望まれますか。 いいえ はい

12.介護認定を受けていますか。 いいえ 申請中 はい

事業所名		連絡先	
担当ケアマネージャー名		連絡先	

介護度 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

13.利用している介護サービスに○をつけてください。

デイサービス・ショートステイ・訪問看護(入浴)・リハビリ・ヘルパー

その他 ( )

14.利用している福祉用具に○をつけてください。

ベッド、車椅子、電動車いす、杖、歩行器、シャワーチェア、吸引器、その他 ( )

15.自宅環境

居住 [ 一戸建(平屋・ 階建て)・集合住宅( 階建て 階) ]

エレベーター [ 有・無 ]

ベッド [ あり・なし ] 手すり [ あり・なし ] トイレ [ 洋式・和式 ]

ご協力ありがとうございました。