

入院時間診表 氏名 _____ 様 (代筆者: _____)

入院生活を送るにあたり、患者様の情報をお聞かせ下さい。尚、個人情報ですので不都合なことは、ご記入されなくてもかまいません。
 以下の項目で該当するものに○を、□に該当する項目があればし点と内容をご記入下さい。
 なお、ご不明な点がございましたら、看護師にお声かけ下さい。

家族構成					
続柄	同居	状態	備考	キーパーソン	
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生存			
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生存			
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生存			
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生存			
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生存			
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生存			
既往歴	期間	病名/症状	施設(病院名)	備考	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(食品・薬品等)	()		
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中()級		
介護認定	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中(<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護())		
介護サービス利用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中()		
1. 健康状態について					
現在受けている治療薬または薬はありますか はい: <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 点滴療法 <input type="checkbox"/> その他 備考: () 内服薬: ()				いいえ	
入院経験はありますか				はい	いいえ
お酒は飲みますか はい: 頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 回/週 <input type="checkbox"/> 回/月 <input type="checkbox"/> 時々 摂取量()を量()ml				いいえ	
たばこは吸いますか はい: ()歳 ~ ()歳 本数()本/日 <input type="checkbox"/> やめた				いいえ	
2. 食生活について					
身長と体重を教えてください 身長()cm 体重()kg					
最近1~2ヶ月で体重の増減はありますか <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った ()kg				いいえ	
食欲は有りますか				はい	いいえ
入れ歯を使用していますか はい: 義歯部分: <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> その他()				いいえ	
食べ物の好き嫌いがありますか はい: ()				いいえ	
普段はどのような食事をしていますか <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> その他()					
1日の水分量は、どのくらいですか 約()ml					
3. 排泄について					
1日の排尿、排便回数を教えてください					
排尿: 約()回/日 昼()回 夜()回 右記症状はありますか <input type="checkbox"/> 残尿感 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 排尿に時間がかかる <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> その他()					
排尿方法: <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ウロストミー <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ					
排便: ()回/日 最終排便日()年 ()月 ()日 性状: <input type="checkbox"/> かたい <input type="checkbox"/> やわらかい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 血が混じる <input type="checkbox"/> 便秘 下剤の使用: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 使用薬剤名() 排便方法: <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ					

4. 日常生活について

1日の生活パターンを教えてください 起床時間（ ）時頃 就寝時間（ ）時頃
普段良く眠れますか はい いいえ 使用薬剤（ ）
食 事： 最終摂取日（ 年 月 日）
朝食（ ）時（ ）分頃
昼食（ ）時（ ）分頃
夕食（ ）時（ ）分頃
利き手：右 左
歯 磨 き：（ ）回/日
歩行障害：有 無
麻 痺：有 無
歩行器具：無 杖 シルバーカー 車いす コルセット 義肢
寝 式：ベッド 布団 その他（ ）
入 浴：自宅 介護サービス（ ）
頻 度：毎日 数日おき（ ）回/週 最終入浴日（ 年 月 日）
その 他：備考（ ）
退院後、福祉サービスの活用を考えていますか はい（ ）いいえ
退院後はどこへ退院を考えていますか

自宅 施設 療養型病院
サービス付高齢者住宅 回復期リハビリ病院

活動状況をお知らせください（入院時の状況）

- 全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なくおこなえる
肉体的に激しい運動は制限されるが、歩行可能で軽作業や座っての作業はおこなうことができる
歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業は出来ない
限られた身の回りのことしか出来ない・日中の50%以上をベッドか車いすで過ごす
全く動けない・身の回りのことは全く出来ない・完全にベッドか車いすで過ごす

5. 知覚・認知について

言葉が話しにくい、言葉が出にくいことはありますか はい いいえ
音が聞こえづらいことはありますか はい いいえ
補聴器は使用していますか
はい：左 右 両方 いいえ
目が見えづらいことがありますか
はい：左 右 両方 いいえ
コンタクトレンズや眼鏡は使用していますか
はい：左 右 両方 いいえ
点眼薬の使用
はい 使用薬剤名（ ） いいえ
コミュニケーション手段
会話 筆談 手話 その他（ ）

6. 神経機能について

男性
前立腺肥大：有（治療 有（ ）無） 無
女性
最終月経：（ 年 月 日）～（ 年 月 日）
生理不順：有 無 閉経年齢（ ）歳
更年期障害：有 無

7. 自己について

今回の入院や病気についてどう受け止めていますか（ ）
自分をどのような人だと思えますか（ ）

8. 職業・家庭について 9. 生活習慣について 10. 安心安楽について

結婚歴：未婚 既婚 死別 別離
子供の有無：有 無 妊娠回数（ ）回 出産回数（ ）回
職業（ ） 家庭内での役割（ ）
進行している宗教はありますか（ ） 宗教上の問題はありますか（ ）
心配なこと・ストレスはありますか（ ）
身体的、精神的に自覚症状はありますか（ ）
施設・ケアマネ（ ）