

【入院時間診票】 ご入院される患者さん・ご家族の方へ

この問診票は、患者さんの入院前の状況を知ることで、入院中の診療や看護に役立てることを目的としています。入院前にご記入いただき、入院する病棟の看護師にお渡しください。これらの情報は目的以外には使用いたしません。

ご協力お願いいたします。□にはレ点を記入してください

1 名前 () 職業 ()

2 緊急連絡先 (24時間連絡可能な2か所)

①氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

②氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

3 入院・治療の説明を受ける主な家族

氏名 _____ 続柄 _____

4 家族構成について

①ご両親は健在ですか？

・父 (□はい □いいえ) _____ 歳 《死亡理由 ()》

・母 (□はい □いいえ) _____ 歳 《死亡理由 ()》

②配偶者

□あり (氏名 _____, 年齢 _____ 歳) □なし

③兄弟

□あり (例:兄、自分、妹) [] □なし

④子供

□あり (例 28歳 (長女) 25歳 (次女) 20歳 (長男) □なし
[]

⑤同居されている方 (例:妻 55歳、次女 25歳)

[]

⑥ご家庭での役割 []

5 今回のご入院にあたり、いつから、どんな症状がありましたか？簡単にご記入ください。

[]

6 食べ物・薬剤などのアレルギーはありますか？

- ・食べ物 あり () なし
- ・薬剤 あり () なし
- ・その他 ()

7 ケガや病気で通院や入院をしたことがありますか？

あり 〈例：14歳の時に虫垂円で手術。56歳から高血圧で内服通院中〉
< >

なし

8 生活習慣について

- ①たばこ 吸わない 吸う (歳から1日 本)
以前吸っていた (歳から 歳まで1日 本)

- ②お酒 飲まない 飲む (どのくらいのペースで飲んでいきますか)
(毎日 2~3日/週 つきあい程度)

一回に何をどれくらい飲んでいきますか (種類:) (量:)

9 お薬についてお尋ねします。

- ①自分が何の薬を飲んでいるか理解している はい いいえ

②薬の管理についてお尋ねします。

- 自分で管理できている (飲み忘れがない)
- 自分で管理しているが時々飲み忘れることがある
- 家族に管理してもらっている

- ③他の病院で処方された薬を飲んでいる はい いいえ

- ④市販薬を飲んでいる はい いいえ

薬の名前 ()

10 今回の入院についてお尋ねします。

- ① 医師から病名・治療についてどのように説明を受けていますか？

[]

②説明が行われた日 (月 日)、同席された方のお名前 ()

③病気や入院に対して、理解されましたか？

はい いいえ (理由:)

④入院・治療に不安なことや困ることはありますか？

はい (具体にお書きください)

[

いいえ

1 1 生活についてお尋ねします。

①生活パターンは 決まっている 決まっていない

②食事について

- ・回数 () 回/日
- ・間食: あり なし
- ・食べ物の好き嫌い: あり なし
- ・食欲: あり なし
- ・水分摂取: できる できない
- ・入れ歯の装着: あり なし
- ・口からの摂取: できる
- できない (腸に管あり 胃に管あり 点滴栄養)

③排泄について

- ・便の回数: () 回/日
- ・便失禁: あり なし
- ・下剤の服用: あり なし
- ・オムツの使用: あり なし
- ・尿の回数 () 回/日
- ・夜間の尿の回数 () 回
- ・尿失禁: あり なし
- ・発汗: 多い 普通 少ない
- ・人工肛門: あり なし
- ・尿管ストーマ: あり なし

④活動/休息について

- ・睡眠時間: () 時間
- ・熟睡感: あり なし
- ・不眠: あり なし
- ・睡眠薬の使用: あり なし
- ・運動障害: あり なし
- ・補助具装着: あり なし
- (障害の部位:)
- ・最近転倒したこと: あり なし
- ・趣味: あり なし

1 2 セクシャリティについて (性に関する問題)

①生殖器疾患: あり なし

②性に関する相談: あり なし

1 3 宗教について

①宗教に関する配慮の必要性: あり なし

②信仰による治療上の制限: あり なし

1 4 経済状況

①入院費、在宅療養での経済的問題: あり なし

1 5 地域医療連携についてお尋ねします。

①「日本大学病院」以外かかりつけ医 (医院・病院) がありますか?

医療機関名 _____ そこでの薬の処方: あり なし

医療機関名 _____ そこでの薬の処方: あり なし

医療機関名 _____ そこでの薬の処方: あり なし

※お薬の処方がある場合、入院時にご持参下さい。

②かかりつけ医の往診は可能ですか？ はい いいえ

③要介護認定：あり なし 申請中

・ありの方（介護区分：要支援1 要支援2 要介護1・2・3・4・5）

④障害者手帳：あり なし

・ありの方：手帳の種類_____（ _____ 級）

⑤主な介護者：_____様、（ _____ ）歳、

・介護の負担：あり なし

・関係：配偶者 子供 母親 父親 兄弟 友人 その他

・介護者を支える人：あり なし

・入院で生じる心配事：あり なし

⑥入院前は施設に入所されていましたか：はい いいえ

・はいの方：施設名 _____

⑦現在受けている在宅サービス：あり なし

・ありの方：下記に当てはまるものにチェックをお願いします。

医師による訪問診察（月に _____ 回）（病院名： _____ ）

訪問看護（月に _____ 回）（事業所名： _____ ）

介護ヘルパー（ _____ 回/週、サービス内容： _____ ）

訪問リハビリ デイサービス（ _____ 回/週） ショートステイ（ _____ 回/月）

配食サービス（ _____ 回/週）

福祉用具レンタル（内容： _____ ）

住宅改修（内容： _____ ）

ケアマネージャー（氏名： _____ 電話番号： _____ ）

ご協力ありがとうございました。 日本大学 入退院センター 2017.06 改定