

入院時間診票

記入日 年 月 日

入院時、生活状況や身体状況をお伺いし、診療や看護に活かしたいと思います。  
 お手数ですが、ご記入をお願いいたします。わからない点があれば遠慮なく看護師にお尋ねください。

本人	ふりがな	男・女	電話番号	
	氏名			
	大正・昭和・平成 年 月 日 歳		携帯番号	

【緊急連絡先】 最初に①に連絡します。①の方に連絡がつかなかった時には②に連絡します。

①	ふりがな	続柄	住所	都道府県 市 町		
	氏名			電話番号	昼:	夜:
②	ふりがな	続柄	住所	都道府県 市 町		
	氏名			電話番号	昼:	夜:

【家族構成】

氏名	続柄	同居の有無	職業
		同居・別居	
		同居・別居	
		同居・別居	
		同居・別居	
		同居・別居	

介護認定	済・未	要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5	申請中
身障者手帳	身障 級 種類 ( )		
介護事業所			
ケアマネ			
かかりつけ医			
訪問看護			

退院後の住居	自宅・施設申請 済(施設名: )・未・検討中
--------	------------------------

【利用中の介護サービス】

レンタル	ベッド・車いす・歩行器・手すり・スロープ・その他 ( )
サービス	デイサービス・デイケア・ショートステイ・訪問リハビリ・その他 ( )

【既往歴・手術歴】

何年・歳	病名	治療状況	医療機関
		治癒・治療中	
		治癒・治療中	
		治癒・治療中	
		治癒・治療中	

