

入院時に、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、記入をお願いします。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		携帯番号	
	大正・昭和・平成 年 月 日 歳			

【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い時には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
本人		同居・別居	
		同居・別居	

【既往歴・手術歴】

何年・歳	病名	治療状況	医療機関
		治癒・治療中	

【アレルギー・禁忌情報】

アレルギー・禁忌	無・有 薬 () 食べ物 () その他 ()
----------	---------------------------

介護認定	済・未・申請中	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5
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 ()

【日常生活】

食 事	食事には介助が必要ですか：無・有 見守りは必要ですか：無・有 主食：米飯・粥・パン 副食：普通・柔らかい・刻む 水分にとろみは必要ですか：無・有 その他に注意することはありますか（ ） 牛乳や乳製品を日頃から摂取していますか：はい・いいえ ※いいえの場合その理由： アレルギー（症状： ）・下痢・嘔気や嘔吐・腹痛・その他（ ）
排 泄	家のトイレ・ポータブル 下着の種類：おむつ・紙パンツ・布パンツ 下剤の使用：無・有（下剤名： ） 夜間のトイレ回数：（ ）回 トイレ介助：無・有
清 潔	入れ歯：無・有（上・下） 義歯の管理：可・介助 歯磨き：可・介助 洗顔：可・介助
入 浴	一人で可能・見守り必要・介助が必要・サービス利用
着替え	一人で可能・介助が必要
移 動	歩行：自立・伝い歩き・杖歩行・歩行器 介助：無・有 見守り：無・有 車いす：移乗の介助 無・有 移動の介助：無・有
睡 眠	薬なく眠れる・薬あり（薬名： ） ベッド使用：無・有
認知症	問題なし・年相応・物忘れあり・認知症の診断あり その他の症状（ ）
家 事	食事（誰： ） 掃除（誰： ） 洗濯（誰： ） 買い物（誰： ） 車の運転：しない・する（ <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> AT） 金銭管理：可・不可（管理者： ）
視力・聴力	視力障害：無・有 眼鏡：無・有 聴力障害：無・有 補聴器：無・有（右・左）
内服管理	本人・家族 方法（ ）
飲酒・喫煙	飲酒：無・有（1日量： ） 喫煙：無・有 1日（ ）本 （ ）歳から・無・やめた（ ）歳から（ ）歳まで喫煙
感 染	インフルエンザの予防接種（ 月 日） 肺炎球菌ワクチン（ 年 月 日） コロナワクチン（1回目 月 日；2回目 月 日）
医療行為	医療行為：無・有 <input type="checkbox"/> 酸素（ ℓ） <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置（部位： ） <input type="checkbox"/> 創傷処置（部位： ） <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> その他（ ）
手帳・カード	ペースメーカー手帳：無・有 胃瘻(腸瘻)カード：無・有 CVポートカード ：無・有

面会の制限：希望する・希望しない

氏名表示：可・不可

電話の取り次ぎ：同居家族のみ可・制限なし・不可

献体登録カード：無・有

臓器提供カード：無・有

信仰上の医療に関する制約：無・有