

問診票 (入院予約時)

ID

氏名

生年月日

(歳)

※網掛けの部分は、以前 (1年以内) の回答を印字してあります。訂正があれば直して下さい。

※この枠内は記入する必要はありません

麻酔無 麻酔有 (局麻 伝麻 静麻 脊麻 全麻)

予定病棟:

[]

常用薬なし

常用薬あり・薬情報なし

常用薬あり・薬情報あり

Pサポート

高額療養費限度額適用認定証をもっていますか

いいえ はい 申請中

入院前に生活している場所はどこですか

自宅 病院 施設

病院・施設の名称:

介護保険の要介護認定を受けていますか

いいえ 申請中 はい

(要介護度:)

介護サービス・福祉サービスの利用はされていますか

いいえ はい

担当ケアマネージャー・相談支援事業者はどなたですか

氏名:

事業所名:

訪問介護 (ヘルパー)

訪問入浴

ショートステイ

その他

訪問看護

通所介護 (デイサービス)

配食サービス

訪問リハビリ

通所リハビリ (デイケア)

福祉用具レンタル

(レンタル用品がある場合) 品目:

その他:

入院の経験はありますか

いいえ はい

(ある場合、直近の) 病院名

入院日

退院日

身体障害者手帳をお持ちですか

いいえ はい

(等級: 級 障害名:)

精神障害者手帳をお持ちですか

いいえ はい

(等級: 級)

ご家族構成についてお知らせください

続柄	住まい	年齢	職業
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居		

続柄	住まい	年齢	職業
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居		

治療・療養に協力できる、退院後のことを相談するご家族はありますか あり なし

その方はどなたですか 氏名:

続柄:

職業:

介護可能な方はありますか あり なし

その方はどなたですか 氏名:

続柄:

職業:

その方の介護可能時間 常時 日中のみ 夜間のみ その他

その他 ()

問診票 (入院予約時)

ID

氏名

今回の入院後の退院先をどのように考えていますか

- 患者さん 自宅退院 転院 施設 わからない
ご家族 自宅退院 転院 施設 わからない

今回の入院にあたり心配なことはありますか

- なし 退院後の生活 医療費の支払い その他 (_____)

患者さんの日常の様子についてお答え下さい

寝返り できる つかまるところがあればできる できない

立ち上がり できる つかまるところがあればできる 見守りが必要 一部介助が必要 できない

乗り移り できる つかまるところがあればできる 見守りが必要 一部介助が必要 できない

移動方法 歩行 伝い歩き 杖歩行 車椅子 その他 (_____)

移動 できる つかまるところがあればできる 見守りが必要 一部介助が必要 できない

階段昇降 できる つかまるところがあればできる 見守りが必要 一部介助が必要 できない

食事 できる 見守りが必要 手伝いが必要 全てに介助が必要

食事のかたさ 普通食 きざみ食 ミキサー食 嚥下食 流動食 その他 (_____)

食事意欲 あり あまりない ない

排便回数 1日1回 2~3日に1回 3~5日に1回 5~7日に1回

排便 トイレ ポータブルトイレ オムツ ストーマ

自立 見守りが必要 一部に介助が必要 全てに介助が必要

排尿 トイレ ポータブルトイレ オムツ 尿器 ストーマ 自己導尿 尿留置カテーテル

自立 見守りが必要 一部に介助が必要 全てに介助が必要

起床 定時に起床 起こさないと起きない 自らは起床しない

入浴 できる 見守りが必要 手伝いが必要 全てに介助が必要 入浴していない

着替 できる 見守り声かけが必要 手伝いが必要 全てに介助が必要

身だしなみを整える できる 見守り声かけが必要 手伝いが必要 全てに介助が必要

薬の管理 できる 見守り声かけ、準備が必要 介助が必要

買い物 できる 少額の買い物はできる 見守り声かけが必要 できない

意思疎通 できる 時々できる 呼びかけに反応できる できない

指示動作 できる 時々できる できない

日常生活における活動 自ら行う 促されて行う 拒否・無関心

認知症 あり なし

認知症がある時の行動や心理など、あてはまるものにチェックをして下さい

妄想 大声 暴言暴行 介護抵抗 不潔行為

作話 感情失禁 短期記憶力障害 徘徊

独語 昼夜逆転 幻聴幻覚 収集癖

床ずれ・寝だこ あり なし 部位 (_____)

動かせない関節がありますか あり なし 部位 (_____)

手足にむくみがありますか あり なし

行っている医療処置はありますか ない ある

痰吸引 経管栄養 (経鼻経管) ストーマ (尿) 人工呼吸器

酸素療法 点滴 ストーマ (便) その他

気管切開 導尿 インスリン自己注射

経管栄養 (胃瘻) 尿留置カテーテル 褥瘡処置

その他 (_____)

最近急激に体重が減少しましたか した しない