

問診票 (入院用)

記載者()

フリガナ			入院日	年	月	日			
氏名			生年月日	T S H R	年	月	日	年齢	歳
連絡先①	氏名(カタカナ)	続柄	本人の職業						
			家族構成	同居者()					
連絡先②	氏名(カタカナ)	続柄							
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (介護度)		利用内容	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 訪問看護					
施設	利用施設名()			<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他()					
	連絡先()			<input type="checkbox"/> デイケア (頻度)					
ケアマネ	氏名() 所属施設名() 連絡先()								
経過	入院の目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他()								
	入院までの様子								
	今までにかかった病気(何歳)								
	今までに受けた手術(何歳)								
	病気のことをどのように聞いているか		本人 家族(関係:)						
入院に関しての要望									
薬について	現在服用している薬剤 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ★ 薬のある方は薬とお薬手帳・説明書を持参してください。★								
アレルギー	薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()								
	* 禁忌薬剤名()								
	副作用歴 ()								
	食品アレルギー <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()								
	その他アレルギー <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()								
嗜好品	喫煙(現在) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(本 / 日) <input type="checkbox"/> 喫煙歴(年)								
	禁煙期間 禁煙の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 過去の禁煙歴状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 本数(本/日) 期間(年)								
	飲酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類) 本数(本/日) 期間(年)								

* 裏面の記入もお願いします。

社会医療法人 三和会 永山病院

栄養面	食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 嚥下食
	食欲	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 有
	食事摂取経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻
	飲み込み	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 難
	調理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()
	間食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	食事介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(程度)
	口腔の状態	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分 歯の異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 口腔内異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
排泄	排尿回数	1日()回
	夜間排尿	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()回
	尿の性状	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 膿様 <input type="checkbox"/> その他()
	尿の色	<input type="checkbox"/> 淡黄 <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> 鮮紅
	排尿方法	<input type="checkbox"/> 自然排尿 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ウロストミー
	最終排尿時間	
	排便状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 最終排便(/)
	排便回数	<input type="checkbox"/> 1日()回 <input type="checkbox"/> ()日に()回
	緩下剤使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	便の性状	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 泥
	便の色	<input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 黄緑 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 茶 <input type="checkbox"/> こげ茶 <input type="checkbox"/> 黒
	排便方法	<input type="checkbox"/> 自然排便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> ストーマ
	オムツの使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	排泄介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(程度)
活動運動	歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 松葉杖 <input type="checkbox"/> その他()
	装具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	歩行介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(程度)
	利き手	<input type="checkbox"/> 右きき <input type="checkbox"/> 左きき
睡眠	寝具	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベット
	睡眠問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 平均睡眠時間()時間/日 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 入眠困難 <input type="checkbox"/> 睡眠維持困難 <input type="checkbox"/> 熟眠感なし <input type="checkbox"/> その他
	睡眠問題の原因	<input type="checkbox"/> 日中の居眠り <input type="checkbox"/> 精神的なもの <input type="checkbox"/> 疾患 <input type="checkbox"/> 環境の変化 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> その他()
	睡眠の状態	<input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 寝言 <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> 無呼吸 <input type="checkbox"/> その他()
	不眠時の対処方法	<input type="checkbox"/> 眠剤 <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 音楽 <input type="checkbox"/> その他()
知覚	視覚(視力)障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="radio"/> 両方 <input type="radio"/> 右 <input type="radio"/> 左) <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 乱視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 老眼 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 視力なし
	眼鏡使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	聴覚(聴力)障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="radio"/> 両方 <input type="radio"/> 右 <input type="radio"/> 左) <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 聴力なし
	補聴器 言語障害 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="radio"/> 両方 <input type="radio"/> 右 <input type="radio"/> 左) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(症状:) <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> その他()
宗教	宗教の有無・要望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()