**入院時問診票**　　　　　　　　　　お名前　　　　　　　　　　　　様

入院にあたり療養生活に必要なことをお伺いします。ご面倒ではありますが下記の内容に可能な範囲でお答えください。詳細な情報が治療上必要な場合、看護師が入院後確認させていただきます。なお、この問診票の個人情報に関しては、入院時の情報収集の目的以外には使用いたしません。

1、病気について医師からどのように説明を受けましたか。

2、今までにかかられた病気や手術についてお答えください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病名 | 年齢 | どのような治療を受けられましたか | 現在はどうされていますか |
|  | 歳 | 入院・通院・手術（内容：　　　　　　　　　　　　　） | 完治・通院・放置 |
|  | 歳 | 入院・通院・手術（内容：　　　　　　　　　　　　　） | 完治・通院・放置 |
|  | 歳 | 入院・通院・手術（内容：　　　　　　　　　　　　　） | 完治・通院・放置 |
|  | 歳 | 入院・通院・手術（内容：　　　　　　　　　　　　　） | 完治・通院・放置 |

現在服用中のお薬やサプリメントはありますか：なし・あり（　　　　　　　病院・医院で処方）

血栓予防の薬（血をさらさらにする薬）を飲んでいますか：なし・あり

女性ホルモン薬（経口避妊薬、子宮内膜症薬）を飲んでいますか：なし・あり

3、喫煙：なし・あり→（　　本／日）　喫煙歴：（　　）歳～（　　）歳

　　同居家族に喫煙されている方はいますか：はい・いいえ

4、飲酒：なし・あり（日本酒・焼酎・ビール・ワイン・洋酒）

　　飲酒量：（　　　ｍｌ／日）・（　　回／週）・（　　回／月）　付き合い程度

5、医師より指示されている日常生活での注意事項はありますか。また、それは守られていますか。

　　なし・あり→守られている・守られていない

ありの方、それはどのような内容ですか（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）

6、アレルギー：なし・あり→（食べ物：　　　　　　　薬：　　　　　　　　その他：　　　　　　　　）

7、今まで輸血を受けられたことがありますか：なし・あり（　　　　　　　年頃）

8、2週間以内に何らかの予防接種を受けましたか：受けてない・受けた（　　　　　　　　　）

9、身長（　　　cm）　体重（　　　kg）体重の増減：なし・あり→過去1年で（　　　　kg）増・減

10、食事形態：普通食・粥・その他（　　　　　）　　　食事回数：（　　　回／日）

食欲：変化なし・増えている・低下している

　　義歯：なし・あり→（総入れ歯・部分入れ歯　　取り外し可・取り外し不可）

11、排便回数：（　　　回／日）　　　　下剤の使用：なし・あり（薬剤名：　　　　　　　　　　　　）

排尿回数：（　　　回／日）　　　　オムツの使用：あり・なし　　膀胱留置カテーテル：あり・なし

12、睡眠時間：約（　　）時間　睡眠障害：なし・あり→　眠剤の使用：なし・あり（薬剤名：　　　　　　　　　）

13、日常でご使用のものがあれば○をつけてください。

　　眼鏡・コンタクトレンズ・補聴器・杖・歩行器・車いす・義肢・装具・心臓ペースメーカー

14、日常生活に支障になる物忘れはありますか：なし・あり

15、過去1年以内に転んだ経験はありますか：なし・あり

16、家庭生活上の役割・背景についてお答えください。

＊職業：なし・あり→（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　＊婚姻：既婚・未婚

　＊家族構成についてご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 氏名 | 年齢 | 職業（学生） | 同居の有無 | 健康状態 |
|  |  |  |  | 同居・別居 | 良・不良（　　　　　） |
|  |  |  |  | 同居・別居 | 良・不良（　　　　　） |
|  |  |  |  | 同居・別居 | 良・不良（　　　　　） |
|  |  |  |  | 同居・別居 | 良・不良（　　　　　） |

17、緊急連絡先を3か所ご記入ください。（また遠方の場合は都道府県・市名をご記入ください）

　①名前：　　　　　　　　　続柄：　　　　　電話番号：　　　　　　　　　市内・市外（　　　　　）

　②名前：　　　　　　　　　続柄：　　　　　電話番号：　　　　　　　　　市内・市外（　　　　　）

　③名前：　　　　　　　　　続柄：　　　　　電話番号：　　　　　　　　　市内・市外（　　　　　）

　＊患者さんご本人の携帯電話番号：

18、病状などの説明を主にお聞きになる方（キーパーソン）はどなたですか：（名前：　　　　　　続柄：　　）

キーパーソンへの連絡可能な時間帯はいつですか：　終日・（　　　時　～　　　時頃）

19、主な介護者はどなたですか。（名前：　　　　　　　　　続柄　　　　）

　　主な介護者への連絡可能な時間帯はいつですか：　終日・（　　　時　～　　　時頃）

20、介護保険について該当する項目に○をつけて下さい。

＊介護保険について：使用している・現在申請中・申請していない

　＊使用している場合→　介護度：（要支援・要介護）　１・２・３・４・５

　＊居宅事業所：（　　　　　　　　　　　　　）　　ケアマネージャー：（名前　　　　　　　　　　　）

　＊利用サービス内容：・訪問介護　　・訪問看護　　・ディサービス　　・ショートステイ

　　　　　・入浴サービス　・宅配食　　・福祉用具　　・その他（　　　　　　　　　　）21、身体障害者手帳はお持ちですか：なし・あり→（　　　　級）

22、臓器提供の意思表示をされていますか　：　はい・いいえ

23、信仰上の理由で治療に制約があればお書きください。

24、入院生活や病気についてご心配なこと、経済的なこと、医療者に望むことがあればお書きください。

**ご協力ありがとうございました**近江八幡市立総合医療センター　　H29.1改正