

4. アレルギーはありますか はい ・ いいえ
はいと答えた方は、具体的に薬の名前、食べ物の種類など記載してください
()
5. たばこは吸いますか はい ・ いいえ
1) 現在吸っている方 (歳から 1日 本)
2) 以前吸っていた方 (歳から 歳まで 1日 本)
6. お酒は飲みますか はい ・ いいえ
1) どれくらいのペースで飲んでいますか 毎日・週 () 回・付き合い程度
2) 1回に何をどれくらい飲んでいますか
種類； 1回量；
7. 運動習慣はありますか ある ・ ない
どのような運動ですか ()
8. 食事回数は1日 回
主食は何ですか当てはまるものにレチェックしてください
米 粥 パン 麺類 その他 ()
好きなもの ()
嫌いなもの ()
9. 入れ歯はありますか ある ・ ない
総入れ歯 上入れ歯 下入れ歯 部分入れ歯 (上 ・ 下)
10. 排尿回数1日 回くらい 夜間 回くらい
* 何かお困りのことはありますか
尿が漏れる 尿が出にくい 残尿感がある 頻尿 尿意がわからない
失禁
11. 排便は 毎日 ・ () 日に1回
1) 便の性状は 硬い 普通 やわらかい 下痢 その他 ()
2) 便の色は 異常なし 血液が混じることがある 白い 粘液
3) 下剤・浣腸を使用しますか はい (薬剤名：) ・ いいえ
12. 飲んでいるお薬はありますか はい ・ いいえ
はいの方
自分で準備して飲んでいる 家族・ヘルパー・その他が準備し自分で飲んでいる
その他 ()

裏面もあります

13. 日常生活について *該当するところに○をつけてください

	洗面	着替え	移動	入浴	トイレ	座位	歩行
一人で出来る							
少し手伝いが必要							
全て手伝いが必要							

14. 視力や見え方に支障はありますか はい ・ いいえ
 1) はいと答えた方 近視 老眼 弱視 色盲 斜視 視野狭窄
 2) めがねは使用していますか はい ・ いいえ

15. 耳の聞こえにくさはありますか はい (右・左・両方) 補聴器使用 ・ いいえ

16. からだの中に埋め込まれているものはありますか はい ・ いいえ
皮下埋め込みポート 心臓ペースメーカー
その他 ()

17. 就寝時間は () 時 起床時間は () 時 眠れる ・ 眠れない
寝つきが悪い 途中で目が覚める 朝早くから目が覚める
 *睡眠剤を飲んでいますか はい (薬剤名:) ・ いいえ

18. ご家族についてお聞きします

氏名	続柄	年齢	同居・別居	今までかかった病気 治療中の病気
			同居・別居	

裏面もあります

19. 入院中に身の回りのお世話に来てくれる人は誰ですか

氏名 () 続柄 ()

20. 宗教の信仰はありますか はい () ・ いいえ

*宗教上で配慮してほしいことがあれば書いてください

()

21. 趣味、特技はありますか はい () ・ いいえ

22. 入院により心配なことはありますか

()

23. 入院中に配慮してほしいことはありますか

()

24. 社会資源を利用していますか はい ・ いいえ

はいと答えた方

訪問介護 回/週 訪問看護 回/週 訪問入浴 回/週

訪問リハビリ 回/週 その他 ()

25. 介護認定は受けていますか いいえ ・ 申請中

はい (要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2)

26. 各種年金及び手当

精神障害者福祉手帳 障害者年金 通院公費医療負担

生活保護 障害者手当金 その他 ()

27. 過去1～2か月以内に転倒・転落したことはありますか

はい ・ いいえ



その時に頭部を打撲したことはありますか はい ・ いいえ ・ 不明

ご協力ありがとうございました。

2017年3月作成

2020年9月改訂