

*入院時に病棟の看護師へお渡しください

入院時間診票

記入日： 年 月 日

お名前（ ）

この問診票は、患者さんの入院前の状況を知ることで、入院中の診療や看護に役立てることを目的としています。記入は、はい・いいえの箇所は○で囲み、記載する場所は分かる範囲での記入をお願いします。なお、この問診票は個人情報保護上取り扱いを厳重に行います。ご協力お願い致します。

1. 病気について今回の入院の目的について医師からどのように説明を受けましたか

2. 今ある症状を記載してください

① 胸が痛いと感じますか はい ・ いいえ

② 動悸がしますか はい ・ いいえ

③ 息苦しさはありますか はい ・ いいえ

④ 咳は出ますか はい (乾いた咳 ・ 湿った咳) ・ いいえ

⑤ 痰は出ますか はい (透明 ・ 白い ・ 黄色 ・ 粘稠 ・ 泡状 ・ 血痰) いいえ

⑥ その他の症状があれば書いてください

3. 今までかかった病気 *現在通院中は○をつけてください

| 発病時期 | 病名 | 病院名 | 現在通院中 |
|------|----|-----|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

裏面もあります

4. 薬剤・食物・アルコールなどのアレルギーはありますか はい ・ いいえ
(内容:)
薬の関係で、食べてはいけないものはありますか はい ・ いいえ
(内容:)

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 自分で準備し服用 家族・ヘルパー・その他が準備し自分で服用
その他 ()

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 | 食事 |
|--------------|----|-----|----|----|-----|----|----|----|
| 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せんか はい・ いいえはいの方 (右耳・左耳・両方) 補聴器使用 あり ・なし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 CV ポート 心臓ペースメーカー 心臓植え込み型除細動器その他 ()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. 趣味、特技はありますか はい () ・ いいえ
21. 入院により心配なことはありますか
()
22. 入院中に配慮してほしいことはありますか
()
23. 宗教上で配慮してほしいことがあれば記載してください
()
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 はい ・ いいえ ・ 申請中
はいの方：(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
28. 新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 はい ・ いいえ
はいの方： 最終接種日 回目 年 月 日
29. インフルエンザワクチンの接種を受けたことがありますか。 はい ・ いいえ
はいの方： 最終接種日 年 月 日

ご協力ありがとうございました