

* 入院時担当看護師にお渡しください。



入院時間診票

記入日 令和 年 月 日

患者氏名 ()

代筆者名 () 続柄 ()

この問診票は、患者様の入院前の状況を知ること、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。入院前にお話を伺っている場合や、再入院等で重複した内容を記載いただく場合もあります。お手数をおかけいたしますが質問にお答えくださいますようお願いいたします。なお、この問診票は個人情報の保護に則り、厳重に取り扱い致します。

健康管理について

1. 現在までに病気や手術で入院、定期的に診察を受けている病気がありますか。

なし

あり

※ かかりつけ医があれば欄に○

病名	年齢	薬	入院	手術	病院名	かかりつけ医
		無・有	無・有	無・有		
		無・有	無・有	無・有		
		無・有	無・有	無・有		
		無・有	無・有	無・有		
		無・有	無・有	無・有		

他：

2. 嗜好品はありますか。

1) お酒は飲みますか

飲まない

飲む

どのくらいのペースで飲んでいますか。

毎日 () 日/週 付き合い程度 その他：

何をどのくらい飲んでいますか。

種類： 1回の量：

2) 現在タバコを吸われますか。

吸わない

以前吸っていた () 歳から () 歳まで 1日 () 本

吸う () 歳から 1日 () 本

3. アレルギーはありますか。

なし

あり

薬物：
食べ物：
造影剤 金属 アルコール 絆創膏 ゴム その他：

4. 予防接種について教えてください。

1) 新型コロナワクチンの接種をしましたか。

いいえ

はい ____回済 最終接種日 (____年 ____月 ____日)

接種証明持参 あり なし

栄養について

1. 食事をする際に、困っていることはありますか。

なし

あり

(例) 食欲がない・吐き気・飲み込みにくい・むせる・下痢・口内炎・虫歯等

2. 現在の食事内容と回数を教えてください。

回数

回/日

ごはん (普通食)・お粥 ・ 流動食 ・ きざみ食 ・ ミキサー食
経管栄養 ・ 胃ろう とろみ剤の使用 なし あり

3. 間食をしますか。

なし

あり

(何をどのくらい)

4. 嫌いな食べ物や飲み物、制限されているものはありますか。

なし

あり

水分制限

ml/日

5. 入れ歯はありますか。

なし

あり (総入れ歯・部分入れ歯 (上・下) 取り外し可・不可 インプラント ブリッジ
歯の不具合や治療中の歯はありますか なし あり

6. 皮膚の状態で気になるところがありますか。

なし

あり (例) かゆみで軟膏を使用等

[]

7. 体重の変化はありますか。入院時身長_____cm・体重_____kg (測定できない時は最近の値を記入)

なし

あり

いつ頃から: () Kg 増加 ・ 減少

排泄について

1. 排便は何日に何回位ありますか。

_____日に _____回位 最終排便 _____月 _____日

2. 便の状態を教えてください。

性状: 硬い ・ 普通 ・ 軟らかい ・ 下痢 ・ その他 ()

色: 茶色 ・ 血液が混じる ・ 黒 ・ 白 ・ その他 ()

3. 1日の尿の回数を教えてください。

_____回/日 夜間 _____回

4. 排泄時に何か使用していますか。

なし

あり テープ式おむつ リハビリパンツ 尿取りパット 尿器 ポータブルトイレ
その他 ()

活動・運動について

1. 普段の日常生活の動作について、該当するところに○をつけてください。

	食べる 飲む	入浴	着衣 整容	排泄	ベッド上 の活動	移動 歩行
一人で出来る						
少し手伝いが必要						
全て手伝いが必要						

2. 利き手はどちらですか。

右利き ・ 左利き

3. 歩くときに何か使用しますか。

なし

あり (杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車いす ・ その他:)

4. 住居環境について、該当するところに○をつけてください。

	商店街	住宅地	団地	郊外	田園	エレベーター有無
平屋						
二階建て						
3階以上のアパートやマンション						

5. 普段過ごしている部屋は何階ですか（生活の場）。

1階 ・ 2階以上

睡眠・休息

1. 就寝・起床時間を教えてください。

時 分就寝 ～ 時 分起床 睡眠時間： 時間 分くらい

2. 夜は眠れますか。

眠れる

眠れない（寝つきが悪い ・ 途中で目覚める ・ 朝早く目覚める ・ 寝汗）

眠れない時の対処法はありますか。また昼寝はしますか。

なし

あり（睡眠薬 ・ その他）

昼寝 なし あり（時間： ～ 、 分程度）

その他

1. 麻痺やしびれ、身体の動きの悪いところがありますか。

なし

あり（部位： ）

2. 物忘れなどの症状はありますか。

なし

あり（程度： ） 認知症の診断 なし あり

3. 視力・聴力について教えてください。

視力低下： なし あり（右 左 眼鏡 コンタクト その他）

聴力低下： なし あり（右 左 補聴器使用：なし あり）

4. 職業と仕事内容を教えてください。

なし 以前の職業（ ）

あり 職業・仕事内容：（ ）

5. 治療・療養上において制約はありますか。

なし

あり

(例：輸血できない 食事の制限 宗教等)

6. 入院によって生じる問題がありますか。また経済的問題がありますか。

なし

あり

内容： 例) 遠方から来院するが、自動車の運転ができない、年金生活等

現在の状況について

1. 今回の入院治療・病状について医師からどのような説明を受けましたか。

具体的に：

2. ご家族は入院治療・病状についてどのように受けとめていますか。

3. 医師からの説明を聞いて不明な点やもっと尋ねたいことはありますか。

その他、質問事項等あればご記入ください。

家族・社会的支援について

1. 家族構成（配偶者・両親・兄弟・子供・同居の有無）について教えてください。

氏名	年齢	続柄	同居	キーパーソン	荷物依頼
			同居・別居		
			同居・別居		
			同居・別居		
			同居・別居		
			同居・別居		
			同居・別居		

※キーパーソンとは入院中に病状や治療方針を一緒にきいてくださる方

2. 緊急連絡先を教えてください。（2名以上）

緊急①氏名 (ふりがな) () 住所 () 続柄 () TEL 番号 () 自宅・携帯 ()

緊急②氏名 () 住所 () 続柄 () TEL 番号 () 自宅・携帯 ()

緊急③氏名 () 住所 () 続柄 () TEL 番号 () 自宅・携帯 ()

3. 介護保険申請状況について教えてください。

なし () 申請中 (いつ頃 ())
 あり (要支援 1・2 ()) (要介護 1・2・3・4・5 ())
 介護保険の有効期限 (年 月 日 ~ ())
 居宅介護支援事業所名 ()
 ケアマネージャー氏名・連絡先 (氏名 () TEL ())

4. 利用しているサービスに○をつけてください。

訪問診療 訪問看護 訪問介護（ヘルパー） 訪問入浴 訪問リハビリ 通所リハビリ
 通所介護（デイサービス） ショートステイ 福祉用具 () その他 ()
 施設入所：施設名 () TEL ()

5. 障害者手帳、療育手帳の有無について教えてください。

なし () 申請中 (いつ頃 ())
 あり 身体障害者手帳（肢体・内部・視覚・聴覚・言語・精神） () 級)
 療育手帳 (A・B ())
 精神障害者保健福祉手帳 (1・2・3 級)

ご協力ありがとうございました。 令和5年12月改定 千葉県循環器病センター看護局