

## 入院時お伺い用紙

入院者全員ご記入ください

◎どのような経緯で入院になったのか、現在の症状について教えてください。

---



---

◎医師から病名や症状をどのように伝えられ、どのように思っていますか。

---



---

◎ご家族の連絡先について 連絡先優先順位 ※日中連絡のつく方

	お名前 (続柄)	自宅番号 (連絡がとれる時間)	携帯番号 (連絡がとれる時間)	ご住所
第1連絡先	( )	( )	( )	
第2連絡先	( )	( )	( )	

◎ご自身からみた、家族状況を教えてください

<b>【同居】</b> <input type="checkbox"/> 父・夫( : 歳) <input type="checkbox"/> 母・妻( : 歳) <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹(例、兄:○歳) ( : 歳)( : 歳) ( : 歳)( : 歳) <input type="checkbox"/> 子(例、長男:○歳) ( : 歳)( : 歳) ( : 歳)( : 歳) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<b>【別居】</b> <input type="checkbox"/> 父・夫( : 歳) <input type="checkbox"/> 母・妻( : 歳) <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹(例、兄:○歳) ( : 歳)( : 歳) ( : 歳)( : 歳) <input type="checkbox"/> 子(例、長男:○歳) ( : 歳)( : 歳) ( : 歳)( : 歳) <input type="checkbox"/> その他 ( )
--	--

◎世帯の状況について教えてください

- 一人暮らしである 高齢夫婦2人暮らしである 身寄りがいない  
2世帯で生活しているが、共働きであり、不在となることが多い

◎入院の方以外に家族の中に介護が必要な方がいますか？

- いない いる(介護をする人: )

◎どなたが金銭管理を行いますか？

- 自分でやる 配偶者 子ども 知人 後見人 身元保証会社  
親族以外の場合は、どなたが行うか具体的に( )

◎身長、体重を教えてください

身長: cm  
 体重: kg

◎直近6ヶ月の間に

体重の増減はありますか？

- なし  
あり

◎病気・薬について ※かかりつけ医:( )

年齢	病名	病院名	治療の状況
			<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 自己中断
			<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 自己中断
			<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 自己中断
			<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 自己中断

◎ワクチン接種歴 ※コロナにかかったことがある場合は上の行に記載してください

コロナワクチン( 回目 接種日: ) インフルエンザワクチン(接種日: )

◎認知症について教えてください

なし あり

物忘れ 場所がわからなくなる 徘徊する 被害妄想症状 暴力をふるう  
 認知症状 暴言がある 突然泣き出すまたは怒り出す 夜になると、活動が活発になる  
オムツを自分でとる 尿便を触る 意味もなく声を出す その他( )

◎アレルギーについて教えてください

なし あり(食物: 薬物: その他: )

◎医療処置の有無について教えてください なし あり

床ずれ(部位: 、処置内容:) インシュリン(回数: 回/日、薬剤名 )  
吸引(おおよその回数: 回/日) 在宅酸素( ℓ/分)

◎視力などの様子について教えてください

視力障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 白内障(右・左) <input type="checkbox"/> 緑内障(右・左) <input type="checkbox"/> その他( )
言語障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 声が出ない <input type="checkbox"/> 話づらい <input type="checkbox"/> その他( )
運動障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 右半身 <input type="checkbox"/> 左半身 <input type="checkbox"/> 脊髄( <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腰) <input type="checkbox"/> その他( )
聴力障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他( )

◎嗜好品について教えてください

タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う: 歳～ 1日量 本/日 <input type="checkbox"/> やめた: 歳～ 歳 1日量 本/日
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1～2回/日 <input type="checkbox"/> 付き合い程度 1回量( 合/杯) <input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> 焼酎 <input type="checkbox"/> ワイン <input type="checkbox"/> その他( )

◎具合が悪くなる直前の日常生活の様子

食事	食事準備は 誰がしていますか？	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> 宅配弁当 <input type="checkbox"/> その他( )
	食事回数、食事量	回/日 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 食べていない
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明
	食事形態	主食： <input type="checkbox"/> 普通ごはん <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー粥 おかず： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー 水分： <input type="checkbox"/> とろみあり <input type="checkbox"/> とろみなし その他： <input type="checkbox"/> 鼻チューブまたは胃ろう利用(1日 回) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 食事制限： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(たんぱく制限、塩分制限・その他 )
	入れ歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	総入れ歯： <input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ <input type="checkbox"/> 上下 部分入歯： <input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ <input type="checkbox"/> 上下
	排泄	排尿
排便 最終排便(月 日)		回/日 下剤の使用： <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬剤名： ) 排便障害： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある(内容： )
トイレ		<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明
失禁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たびたび <input type="checkbox"/> 常時) 交換： <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明
おむつ利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		昼間： <input type="checkbox"/> パンツ式 <input type="checkbox"/> テープ式 <input type="checkbox"/> パットのみ 夜間： <input type="checkbox"/> パンツ式 <input type="checkbox"/> テープ式 <input type="checkbox"/> パットのみ
補助具		<input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
尿道カテーテル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		最終交換日： 月 日 大きさ： Fr
ストマ利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明
清潔	入浴	<input type="checkbox"/> お風呂 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 体をふく <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明
	回数	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 月 回
	洗顔、髪をとかず、 歯磨き、髭剃り	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明
	着替え	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠(薬剤： ) <input type="checkbox"/> いびき	
移動	屋内	歩行： <input type="checkbox"/> 何も使わない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー 補助具の使用： <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明 つたい歩き： <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明 車いす： <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明
	屋外	歩行： <input type="checkbox"/> 何も使わない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー 補助具の使用： <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明 車いす： <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明
	平地歩行	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明
	階段	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> すべて手伝う <input type="checkbox"/> 不明

◎公的サポートについて教えてください

介護保険 未申請(制度を知らない・制度は知っている) 申請済

認定 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)

ケアマネージャー 事業所( )

障がい者手帳 なし あり( 級)

利用していたサービス

ヘルパー(週 日) デイサービス(週 日) デイケア(週 日)、ショートステイ(月 日)  
施設名( )

福祉用具レンタル(ベッド、車いす、歩行器、おきがた手すり、床ずれ防止マットレス) 住宅改修(済・未)

◎相談したいことはありますか？ (医療的なこと)

1.付き合っていかなければならない病気であるため、病気のことを知りたい

2.日常生活で気を付けるべきことに関して指導・助言を受けたい

3.薬のことについて薬剤師の話を聞きたい

4.栄養指導を受けたい

5.人工的に栄養を摂ること(胃ろう・経管栄養など)について知っておきたい。

6.その他( )

(費用や制度・サービスについて)

7.入院費が心配なので、相談したい

8.介護保険制度について知りたいまたは、申請したい

9.在宅介護を継続したいが、通院が大変なので、訪問診療や訪問看護について知りたい・利用したい

10.在宅介護が大変なので、施設入所などについて知りたい・利用したい

11.ひとり身で、頼れる親族がないので、身元保証会社などについて情報が欲しい

12.成年後見制度について知りたいまたは、申請したい

13.«人生会議»(人生最終段階の医療との付き合いなど)を確認しておきたい

14.その他( )

◎今後の生活について考えていることを教えてください

1.どのような状況でも、自宅退院を希望(家で看取ることも含む)

2.入院前と同等に動けるようになれば、自宅退院

3.入院前より介助が必要になれば、自宅退院以外を検討したい。

4.元いた施設への退院を希望 (施設名 )

5.自宅介護は継続したいが、サービスを少し変更したいと思っている。

6.今回の入院前より施設入所を考えていたので、退院時は施設入所としたい。

※上記の情報を元に、入院中の主治医・看護師・リハビリスタッフ・医療ソーシャルワーカーがカンファレンスを行います。

※場合によっては、担当のケアマネージャーや関係機関とご連絡することがあります。

ご希望なされない方は、病棟看護師にお申し出ください。

記入日 令和 年 月 日  
記入者名 (続柄)