

入院問診票

プライバシーは厳守いたしておりますので、ご協力をお願い致します。

□は、該当する□内に✓してください。別紙「記入要領」をご参照下さい。

わかりにくい所は、遠慮なく看護師にお尋ねください。

患者氏名：	年齢：	歳	☐ 男	☐ 女				
生年月日：	明・大・昭・平	年	月	日生	入院日：	年	月	日
緊急連絡先について(2ヶ所以上ご記入ください。)								
①氏名：	続柄	TEL：						
(住所)		携帯：						
②氏名：	続柄	TEL：						
(住所)		携帯：						
③氏名：	続柄	TEL：						
(住所)		携帯：						
今回の入院に際して、いつからどのような症状がありましたか？								
医師からはどのような説明(入院の理由)を受けられましたか？								
生まれてから現在までにかかった病気・手術について								
例・・・3歳頃 盲腸の手術 ○○病院								
35歳 胃潰瘍で入院 ○○病院								
輸血したことはありますか？ (あり ・ なし)								
妊娠したことはありますか？ (あり ・ なし)								
現在、他の病院や医院に通院されていますか？								
☐ はい(病院・医院名：) (手持ち薬： ☐ あり ☐ なし) ☐ いいえ								
今回入院する前、過去3ヶ月以内にどちらかの医療機関に入院していたことがありますか？								
☐ ある(医療機関名： 入院期間： 年 月 日～ 年 月 日 傷病名：)								
☐ ない								
家族構成について								
何人暮らしですか？ (人)								
どなたと一緒に住んでいますか？ 例・・・祖父・父・母・妹 ()								
病気の説明は、あなたの他にどなたにしたらよろしいですか？ ()								
これまで、主にお世話下さった方はどなたですか？ ()								
今後お世話して下さる方はどなたですか？ ()								

入院問診票

介護保険の申請はされていますか？ ☐している ☐していない

介護保険の申請はされている方にお尋ねします。

介護度は：☐申請中 ☐自立

☐要支援1 ☐要支援2 ☐要介護1 ☐要介護2 ☐要介護3 ☐要介護4 ☐要介護5

担当ケアマネジャー（介護支援専門員）：

☐いる（ ）（事業所名： ） ☐いない

担当ケアマネジャーさんへ、入院された事の情報を共有させてもらって良いですか？

☐はい ☐いいえ

排泄について

最終排便はいつですか？（ 月 日） ☐快便 ☐便秘 ☐下痢 ☐どちらでもない
便秘時には薬を使われていますか？ ☐はい（薬品名： ） ☐いいえ

喫煙について ☐ある（ 本/日）年数（ 年） ☐ない

睡眠について ☐よく眠れる ☐眠れない（理由： ）

眠れない時には薬を使われますか？ ☐はい（薬品名： ） ☐いいえ

アレルギーについて

☐ある（食品（ ）・薬品（ ）・その他（ ）） ☐ない

眼鏡・コンタクトについて ☐ある（眼鏡 ・ コンタクト ） ☐ない

義歯について ☐ある（部分入れ歯 ・ 総入れ歯 ） ☐ない

補聴器について ☐ある（両方 ・ 右 ・ 左 ・ 集音器） ☐ない

個人情報保護に関する質問

お名前をお呼びしてもよろしいですか？ ☐はい ☐いいえ

お名前の掲示（病室前・ベッド）をしてもよろしいですか？ ☐はい ☐いいえ

入院されているか問い合わせがあった場合、お答えしてよろしいですか？ ☐はい ☐いいえ

お電話のお取次ぎはしてもよろしいですか？ ☐はい ☐いいえ

入院に際して看護師に伝えておきたい事やご希望がありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。