

# 入院される方へ

この用紙は、患者様を看護する上で活用させていただくためのものです。入院するご本人様、又はご家族様のご記入の上、現在内服(注射)しているお薬と一緒に入院当日必ずおもちになり、病棟看護師にお渡し下さい。書きにくいところやわかりにくいところは空欄のまま結構です。なお、記載は黒のボールペンでお願いいたします。

## 1. 入院される方

氏名	様	歳	男・女	ご職業
----	---	---	-----	-----

## 2. 入院中の連絡先をお書き下さい。 (必ず昼夜連絡が取れるよう最低2カ所ご記入ください。)

氏名	関係	電話番号	在住(市・区・町)
		自宅・会社・携帯	
		自宅・会社・携帯	
		自宅・会社・携帯	
		自宅・会社・携帯	

## 3. ご家族について

<p>父( 歳)</p> <p>本人</p> <p>配偶者( 歳)</p> <p>母( 歳)</p> <p>( ) ( ) ( ) ( )</p> <p>※同居家族を○で囲んでください。</p>	<p>(記入例)</p> <p>父(80才)</p> <p>死亡</p> <p>本人</p> <p>配偶者(50才)</p> <p>姉</p> <p>弟</p> <p>長男</p> <p>長女</p> <p>母(75才)</p> <p>(16) (13)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

主に世話をして下さる方はどなたですか。 自宅では( )入院中は( )

## 4. 今回の入院までの経過を教えてください。

(1)いつ頃からどのような症状がありましたか。またその症状が出てからどうなさいましたか。

(2)入院または手術について、医師からどのような説明を受けましたか。

5. 今までに病気やケガで、通院・入院したことがあればお書き下さい。

病名(病院名)	年齢	経過	現在の状況
		通院・入院・手術・輸血	治癒・治療中・放置
		通院・入院・手術・輸血	治癒・治療中・放置
		通院・入院・手術・輸血	治癒・治療中・放置
		通院・入院・手術・輸血	治癒・治療中・放置
		通院・入院・手術・輸血	治癒・治療中・放置

6. 次の項目についてご記入下さい。

喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※種類がわかればご記入下さい	
常用薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※薬の名前がわかればご記入下さい	
日常お使いのものについて	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 義歯(総・部分) <input type="checkbox"/> 義手 <input type="checkbox"/> 義足 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		
日常生活について	お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む		
	タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日 ___ 本位)		
	排尿や排便についてご心配なことがあればご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 夜間何度もトイレに起きる <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い <input type="checkbox"/> 便秘がちである <input type="checkbox"/> 誰かの介助が必要である <input type="checkbox"/> その他 ※最終の排便はいつですか ___ 月 ___ 日		
	睡眠についてご心配なことがあればご記入下さい。 <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> 夜眠れない <input type="checkbox"/> その他		
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(要支援・要介護 1 2 3 4 5)		
住まいについて	<input type="checkbox"/> 一戸建て(___階建の___階)		
	<input type="checkbox"/> マンション(___階 エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
	玄関先の段差 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	トイレ <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式		
寝具 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団			

7. 入院についてお困りのこと、ご心配なことはありますか。

<input type="checkbox"/> 経済的なこと	<input type="checkbox"/> 精神的なこと
<input type="checkbox"/> 家族のこと	<input type="checkbox"/> 家事のこと
<input type="checkbox"/> その他	

記載者 : ご本人・ご家族 ( ) 看護師 :

札幌第一病院 病棟