



アレルギー	造影剤	有( ) 無( )	喫煙	吸う( ) やめた( ) 吸わない( )
	食物	有( ) 種類( ) 無( )		( ) 本/日 ( ) 歳から( ) 年間
	薬物	有( ) 種類( ) 無( )	飲酒	毎日飲む( ) たまに飲む( )
	その他			飲まない( )

同居状態	独居( ) 同居( ) 同居者( )	家屋 状況	一戸建て( ) ( ) 階
主たる介護者			マンション( )
その他協力者			エレベーター有( ) 無( )
介護認定	有( ) 無( )		玄関先の段差 有( ) 無( )
要介護			トイレ 和式( ) 洋式( )
担当ケアマネージャー	有( ) 担当者名( ) 無( )		寝具 ベッド( ) 布団( )
サービスの種類			
入院までの経過			
入院又は手術について医師より受けた説明			
入院に際し困っていること			

ご協力ありがとうございました。