

	科	医師	ID :
入院される患者さんの連絡先	ふりがな	電話番号 ()	
	患者名前	携帯番号 ()	

◆小松市民病院では、入院される患者さんへ安心して療養に専念して頂き、1日も早く回復されることを願っております。入院にあたり、ご希望や願い、ご心配なことなどがあれば、お聞かせ下さい。

例) 自分のことは自分でしたい。トイレには一人で行けるようになって欲しい。自分でご飯食べられるようになって欲しい。



退院先についての希望をお伺いします	患者本人	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他()
	ご家族	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他()

★入院中の連絡先	1	同居・別居	ふりがな 名前 () 続柄 () 電話番号 () 携帯番号 () 別居の方の居住地 小松市内・県内・県外()
	2	同居・別居	ふりがな 名前 () 続柄 () 電話番号 () 携帯番号 () 別居の方の居住地 小松市内・県内・県外()

家族構成 (本人以外)	同居者：○をつけください 夫・妻・長男・長女・次男・次女・その他 () 父・母・義父・義母・祖父・祖母・孫 ()人 弟 ()人・妹 ()人・兄 ()人・姉 ()人
	別居者：居住地をお書きください 例(長男：東京、次男：加賀市、長女：小松市内など)

治療方針の選択、病状説明の際相談する方	病状説明	ふりがな 名前 () 続柄 ()
	身の回りの世話	ふりがな 名前 () 続柄 ()

主治医からの説明内容	どのような説明でしたか？ 説明を受けた方 (本人のみ・家族のみ・本人と家族)
------------	--

今までかかった病気 今かかっている病気 受けたことがある手術など <input type="checkbox"/> 前回参照	年齢	病名	病院名	入院・手術・通院中・治癒
				入院・手術・通院中・治癒
				入院・手術・通院中・治癒
				入院・手術・通院中・治癒
				入院・手術・通院中・治癒

かかりつけ医の有無	無 ・ 有 (当院 : 科 ・ 他院 :)
-----------	-------------------------

内服薬の有無	無 ・ 有 (当院 : 科 ・ 他院 :)
--------	-------------------------

かかりつけ薬局の有無	無 ・ 有 ()
------------	-----------

サプリメント・市販薬の有無	無 ・ 有 ()
---------------	-----------

インスリンの有無	無 ・ 有 (注射管理者 : 注射時間 :)
----------	--------------------------

中止薬 (手術・検査)	月 日 ~中止 薬剤名 :
-------------	---------------

身長・体重	cm kg (測定日 月 日)
-------	-----------------

喫煙歴	無・有 (歳から 歳まで 本/日) ・現在禁煙中(歳から)
-----	---------------------------------

★名前の掲示	病室の入り口にお名前を提示してよろしいですか (はい・いいえ)			
★面会制限について	お部屋の問い合わせがあった時はお答えしてよろしいですか (はい・いいえ)			
★臓器提供意思カード (ドナーカード)	無・有・未確認 (臓器提供意思カード・運転免許書・健康保健証のいずれかに臓器提供の同意の表示をしている)			
★アレルギー について	薬 (飲み薬・注射薬) : 無・有 () 造影剤 : 無・有・不明 喘息 : 無・有 食べ物 : 無・有 (さば・かに・エビ・そば・卵・牛乳・大豆・小麦・落花生) その他アレルギー : 犬・猫・花粉・カビ・アトピー			
食事について お伺いします	食欲はありますか (あり・なし:いつ頃から) 調理担当者 () 味覚の変化はありますか (なし・あり) 入れ歯はありますか (あり・なし) (上歯・下歯) (部分・全て) 入院前の食事内容についてお聞きます:普通食・治療食 () 飲み込みの様子について (問題なし・固形物が食べにくい・ムセや飲み込みにくい・その他 * 飲み込みに問題のある方のみ以下をご記入ください。 ふだんの主食の形態について:軟飯・おかゆ・その他 () 食事形態の希望はありますか(やわらかめ、一口大、きざみ食、ミキサー、その他) とろみは必要ですか:いいえ・はい(全部・一部:)			
排尿について	どのように排尿されていますか:トイレ(洋式・和式)ポータブルトイレ・尿器・オムツ			
	トイレへの移動	できる(自立)	一部介助	全介助
	トイレ動作	できる(自立)	一部介助	全介助
	尿器などの使用	なし(自立)	一部介助	全介助
	おむつの使用	なし(自立)	一部介助	全介助
	カテーテルの使用	なしまたは自己導尿	介助で導尿	尿道カテーテル
	尿意が言える	言える	時々言える	言えない
	尿意が分かる	分かる	時々分かる	分からない
	尿の回数	昼間()回	就寝後から朝まで()回	
	使用しているもの	パット	紙パンツ	おむつ
	尿がもれる	あり・なし	尿がすっきり出ない	あり・なし
	尿が出にくい	あり・なし	トイレが近い	あり・なし
排便について	排便の頻度 : ()日に ()回 最終排便日(月 日) どのようにされていますか:トイレ(洋式・和式)ポータブルトイレ・オムツ 困っている事はありますか いいえ・はい:便秘、下痢、残便感がある、その他() 便を整える薬を使用していますか いいえ・はい [毎日・()日ごと / (回/日)] 下剤、浣腸、座薬、下痢止め、薬剤使用(なし・あり:薬剤名)			
1日の過ごし方 をお伺いします	食事時間 朝食(:) 昼食(:) 夕食(:) 起床時間 (:) 就寝時間 (:) 睡眠薬の使用(無・有:薬剤名 現在のご職業はありますか(なし・あり) 職業() 過去の職業() 職業のある方は就業時間をご記入下さい。 就業時間 (:) ~ (:) 不規則勤務 日課にしていることや趣味をご記入下さい。() お酒は飲まれますか? いいえ・はい (種類 飲酒量 /日)			
視力に不自由がありますか	いいえ・はい [眼鏡の使用:あり・なし] [コンタクトレンズの使用:あり・なし]			
聴力に不自由がありますか	いいえ・はい [補聴器使用 なし・あり(右・左・両方)]			
会話に不自由がありますか	いいえ・はい ()			

日常生活で手助けが必要なことがありますか	食事	できる ・ できない	一部介助・全介助
	お薬	飲んでいない・自己管理・準備が必要・内服の確認が必要・全介助	
	歩行	できる ・ できない	つたい歩き・杖歩行・歩行器・車いす
	排尿	できる ・ できない	見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	排便	できる ・ できない	見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	着替え	できる ・ できない	見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	入浴	できる ・ できない	見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	洗顔	できる ・ できない	見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	歯磨き	できる ・ できない	見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	うがい	できる ・ できない	見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	階段の昇降	できる ・ 手すりにつかまればできる ・ できない	
	掃除	できる ・ できない (介助者:)	
	洗濯	できる ・ できない (介助者:)	
	買い物	できる ・ できない (介助者:)	
	調理	できる ・ できない (介助者:)	
	通院	一人でできる ・ できない (介助者:)	
	身体の部分で、痛みや、しびれ動かないところがありますか	痛みはありますか	: ない ・ ある
しびれはありますか		: ない ・ ある	部位/程度 ()
麻痺はありますか		: ない ・ ある	部位/程度 ()
1ヶ月以内に転んだ事がありますか		: ない ・ ある	(月 日)
床ずれはありますか		: ない ・ ある	部位/程度 ()
医療やお食事・生活面で配慮の必要な宗教はありますか	なし ・ あり (例)輸血は出来ません。豚肉が食べられません。など ()		

*** 介護/福祉サービスの利用についてお伺いします**

入院前どこに住んでいましたか	自宅 (一軒家・借家・アパート: 階) 主に生活する場所 (階) 寝室 (階) (布団・ベット) 施設(施設名:) その他()		
介護認定・障害認定は受けていますか (なし・申請中・あり)	介護度 : 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 * 担当のケアマネジャー、相談支援専門員はいますか (いいえ・はい) 担当ケアマネジャー()事業所名() 担当相談支援専門員()事業所名() ★担当ケアマネ、相談支援専門員や事業所に連絡してよろしいですか (はい・いいえ) ★本人の同意はありますか (はい・いいえ) * 自宅に住んでいる方は、どのようなサービスを受けていますか(頻度もご記入下さい) デイサービス(週 回) デイケア(週 回) ショートステイ(回) 訪問看護 (週 回) 訪問入浴(週 回) 訪問リハビリ(週 回) 訪問介護(ヘルパー)(週 回) 訪問診療(週 回)・(月 回) 福祉用具のレンタル(ベッド・車いす・歩行器・その他) 配食サービス(週 回) 就労系サービス(週 回) ※主に自宅で介護する人()		
障害者手帳等をお持ちですか (なし・あり)	身体 級 : 内容() 精神 級 ・ 療育 A・B ・ 難病()		
経済状況についてお伺いします	就労収入 ・ 年金 ・ 生活保護 ・ その他()		

★印は入院毎に確認が必要です。記入をお願いします (小松市民病院 看護部 2020年9月改正)