

入院時間診票

患者様の入院前の状況を知ること、入院中の診療や看護に役立てることを目的としています。
個人情報保護上、情報の取り扱いには厳重に行います。

診察券番号	— —				
患者氏名					
介護認定	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)
障害手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→ () 級		
利き腕	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 両	輸血歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食物アレルギー	なし あり ()				
薬剤アレルギー	なし あり ()				
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 皮膚炎 <input type="checkbox"/> 絆創膏 <input type="checkbox"/> 消毒液 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 喘息 → 最終発作 () 歳				
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()				

本人以外2名記入してください

連絡先	氏名	続柄	携帯番号
①			
②			
本人携帯番号	() 無		

喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	本/日	歳から	歳まで
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→ 回/週	種類	一回量
食欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → いつから ()			
入れ歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→ 上 (部分 全部)	かかりつけ歯科	() 歯科
		下 (部分 全部)		
水分摂取量	1日	ml	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	市 町
身長	cm			
体重	kg	2週間前	kg	6ヶ月前 kg
尿回数	回/日	夜間	回	便回数 回/日
排尿障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 排尿時痛 <input type="checkbox"/> 残尿感 <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 排尿困難 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> その他 ()			
便性状	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 硬便 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> タール便 <input type="checkbox"/> 粘液便 <input type="checkbox"/> その他 ()			
便通のために使用するもの	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 止痢剤 <input type="checkbox"/> その他 ()			

就寝時間	時	分	起床時間	時	分
不眠感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 眠れない理由： <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 寝付きが悪い <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不眠症 <input type="checkbox"/> 日中の活動量減少 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 中途覚醒（排尿など） <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 不適切な睡眠習慣（カフェイン、寝る前のスマホなど）				
眠れない時の対処法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

視覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →（近視 遠視 老眼 その他 ） <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 眼鏡				
緑内障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →（ 開放隅角 閉塞隅角 ）				
聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方	補聴器	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方		
嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →（ ）				
味覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →（ ）				
知覚障害（しびれ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →（部位： ）				

自分の性格や自分のことをどう思いますか		
・温和 ・短気 ・神経質 ・わがまま ・明朗 ・陰気 ・社交的 ・内向的 ・がんこ ・その他（ ）		
自分の身体や身体の変化で悩みはありますか		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →（ ）		
いま悩みや不安、絶望を感じますか		手助けできることはありますか
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →（ ） →（ ）		
キーパーソンを教えてください {意思決定や問題解決の要となる（頼りにする人）は誰ですか？}		
氏名：	続柄	

対応に困っている家族の問題はありますか	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →（ ）	
家族があなたに依存していることはありますか	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →（ ）	

女性の方へお聞きします	
月経周期	<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経

最近の1～2年間に生活上の大きな変化がありましたか	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →（ ）	
ストレスに感じていることがありますか	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →（ ） →（ ）	
宗教	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → ・仏教 ・キリスト教 ・エホバ ・創価学会 ・浄土真宗 ・天理教 ・日蓮宗 ・その他（ ）
治療などの制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →（ ）