

アルメイダ病院へ入院される患者さま及びご家族さまへ

入院に際し、よりよい看護を提供させていただくために必要と考えた情報用紙です。

お答えできる範囲で構いませんのでご協力をお願いいたします。

◆入院日 () ○患者さま氏名 ()

◆情報提供者・・・本人、配偶者、母親、父親、その他 ()

◆緊急連絡先・・・①の方から優先に連絡いたします

	緊急連絡先①	緊急連絡先②	緊急連絡先③
電話番号	- -	- -	- -
フリガナ 氏名			
患者さまとの関係			
お住いの市町村 例)大分市宮崎			

◆結婚歴・・・未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 別居 ・ 死別

◆キーパーソン氏名 (一番身近な相談者、医師の説明を聞き治療方針などを決定する方)

() 患者さまとの関係 ()

◆入院方法・・・救急車、ストレッチャー、車椅子、独歩

◆入院までの経緯を記入してください

--

◆現在の症状（主訴）を記入してください

◆褥瘡・・・ なし

あり（部位：仙骨部、腸骨部、坐骨部、大転子部、尾骨部、踵部、その他：_____）

◆個室希望・・・ なし

あり（一般個室、特別個室）※後ほど看護師が説明し同意書をいただきます

◆面会制限希望・・・ なし あり（_____）

◆入院中の洗濯物について・・・ 家族で行う 自分でする

業者に依頼する※後ほど看護師が説明します

◆入院中の病衣・オムツ使用について・・・ 家族で準備 病院に依頼

※後ほど看護師が説明し同意書をいただきます

◆今回の入院について医師からの病状説明の内容を記入してください（告知の有無）

◆既往歴（今までにかかった病気）

年齢/年	病名	治療	備考（治療施設など）
		入院治療・内服・手術・放射線・化学療法	
		入院治療・内服・手術・放射線・化学療法	
		入院治療・内服・手術・放射線・化学療法	
		入院治療・内服・手術・放射線・化学療法	

		入院治療・内服・手術・放射線・化学療法	
--	--	---------------------	--

◆喫煙・・・ 吸わない

吸う（ 本/日、 年間）、以前吸っていたがやめた（ 歳頃）

◆飲酒・・・ 飲まない

飲む（日本酒 合/日、焼酎 合/日、ビール ml/日、ワイン ml/日、
ウイスキー ml/日）

◆現在、服用している薬はありますか・・・ なし あり

※後ほど看護師が薬をお預かりします

◆お薬手帳をお持ちですか・・・ なし あり ※後ほど看護師が手帳をお預かりします

◆アレルギーはありますか・・・ なし

あり（ 歳から、薬剤： 食べ物：

その他： ）

◆身長（ cm） ◆体重（ kg）

◆最後に食事をとったのはいつですか（ 月 日 朝食 ・ 昼食 ・ 夕食 ）

◆現在の食事の形態を教えてください

（ 普通食 ・ おかゆ ・ きざみ ・ とろみ ・ その他： ）

◆2週間以上続いている症状はありますか・・・ なし

あり（ ）

◆義歯の装着はありますか・・・ なし あり（上義歯 ・ 下義歯 ・ 部分義歯）

◆排尿に伴う問題はありますか

なし あり（残尿感・尿失禁・頻尿・排尿時痛・その他： ）

◆最終排便月日（ 月 日 ） ・ 便の性状（普通便 ・ 硬便 ・ 下痢）

◆補助具、補助装置の使用はありますか・・・ なし あり

「あり」の場合、当てはまる症状を選んでください

（杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ シルバーカー ・ ペースメーカー ・ 義肢
人工関節 ・ コルセット ・ 眼鏡 コンタクト 補聴器 その他 ）

◆認知の問題はありますか・・・ なし あり

「あり」の場合、当てはまる症状を選んでください

集中力が低下している 環境の変化による感情の起伏が激しい

無気力になっている 認知能力の日内変動がある

幻覚・妄想がある 支離滅裂な会話が見られる

認知症 せん妄 徘徊 パニック障害

◆介護認定について・・・ なし 申請中

あり（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）

◆社会福祉サービス等の利用状況・・・ なし あり（ ）

「あり」の場合、詳しく教えてください

施設名（ ） 担当ケアマネージャー（ ）

利用している社会資源（デイサービス・ショートステイ・訪問看護・その他： ）

◆日常生活について教えてください

食事： 自立 一部介助（切ったり、バター塗るなどの介助を必要とする） 全介助

移動： 自立 一部介助（軽度の介助で可能） 全介助

入浴： 自立 一部介助（軽度の介助で可能） 全介助

排泄： 自立 一部介助(軽度の介助で可能) 全介助

◆家族構成を教えてください ※後ほど看護師が確認いたします

名前	性別	年齢	患者との関係	同居の有無	居住地
	男・女			有・無	
	男・女			有・無	
	男・女			有・無	
	男・女			有・無	
	男・女			有・無	
	男・女			有・無	

◆最近、転倒することがありましたか・・・ なし あり

◆日常生活に影響するような症状がありますか・・・ なし あり わからない

「あり」の場合、当てはまる症状を選んでください

痛み 動悸 全身倦怠感 筋肉の痙攣 振戦 胸痛、

疲労 身の置き所がない やる気がでない 息切れ しびれ

呼吸困難 集中力がない めまい 浮腫

その他 ()

◆入院に際し、援助してほしいこと、希望することなどありましたらご記入ください

--

ご協力ありがとうございました。

直接、看護師に伝えたいことや気になることがありましたらお気軽にお声かけください。