

入院される方・ご家族の方へ

患者氏名:

本人の連絡先 電話番号

1.緊急連絡先・同居人・キーパーソン

医療者からの説明などを一緒に聞かれる方(キーパーソン)を①にご記入ください
必ず連絡のつく電話番号を**2カ所**(お勤め先の場合は会社名も)お書きください

家族構成

①氏名: 続柄: 同居・別居 電話番号: 住所: 市 区

②氏名: 続柄: 同居・別居 電話番号: 住所: 市 区

③氏名: 続柄: 同居・別居 電話番号: 住所: 市 区

2.入院までの経過について

1) いつ頃から、どんな症状がありますか? ※施設からの紹介状・看護サマリーがある場合は記入不要

2) 今までにかかった主な病気について

例) S・H ○年 ○月 (○歳) 脳梗塞 ○○病院入院

S・H・R 年 月 (歳) 医療機関()

S・H・R 年 月 (歳) 医療機関()

S・H・R 年 月 (歳) 医療機関()

S・H・R 年 月 (歳) 医療機関()

S・H・R 年 月 (歳) 医療機関()

現在通院中の医療機関 ()・()・()

3)薬物アレルギーについて

なし あり (薬剤名:)※禁忌情報に入力

4)ワクチン接種について

インフルエンザ: 済(実施時期 月頃) 未 不明

コロナ: ワクチン未接種 接種回数(回) 最終接種日(月 日) コロナ罹患日(月 日)

5)結核罹患履歴

なし あり 疑いあり 不明

()歳頃 部位 (肺 ・ のど ・ その他[])

治療歴(無 ・ 有 ・ 不明)

6)喫煙歴

なし あり (本/日 年間) 以前吸っていた (本/日 年間)

7)飲酒について

なし あり (何をどれぐらい: を ml/日)

裏面もあります

特記事項	<input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷(部位: _____) 薬剤・ドレッシング材(_____)処置方法・頻度(_____)
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引(1日 _____ 回)
	<input type="checkbox"/> 酸素療法(_____ リットル)
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素(_____ リットル)
	<input type="checkbox"/> 吸入器使用
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器
	<input type="checkbox"/> 気管切開(種類 _____ サイズ _____)
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・CVポート 挿入部位
	<input type="checkbox"/> 胃ろう(種類 _____)(次回交換日 _____ 月頃)
	<input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 看護師介助 <input type="checkbox"/> 家族が実施 <input type="checkbox"/> インスリンの種類・単位(_____)
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー
	<input type="checkbox"/> シャント(部位 _____)
	<input type="checkbox"/> 離床センサー
	<input type="checkbox"/> エアーマット
	<input type="checkbox"/> モニター監視(血圧・心拍・酸素飽和度)

社会福祉サービス

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(種 級) 部位(_____)
介護保険(65歳以上)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請したい <input type="checkbox"/> わからない
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
かかりつけ医 (往診医)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)
居宅事業所	ケアマネジャー名: _____ 居宅事業所名: _____ TEL: _____
	<input type="checkbox"/> ショートステイ 施設名: _____
	<input type="checkbox"/> デイサービス 事業所名: _____
	訪問看護ステーション: _____ 担当者名: _____ TEL: _____
	後見人氏名: _____ TEL: _____

居住環境

入院前の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設入所(_____) TEL: _____
希望の退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 元の入所施設 <input type="checkbox"/> 退院先を相談したい
家屋の状況	<input type="checkbox"/> 一軒家 <input type="checkbox"/> マンション(_____ 階) <input type="checkbox"/> バリアフリー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 階段 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
寝具	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド
自宅周辺状況	<input type="checkbox"/> 介護に支障をきたす状況あり(_____)
交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車

退院調整 該当なし あり(ア・イ・ウ・エ・オ・カ・キ・ク・ケ・コ・サ・シ・ス・セ)看護師サイン: