

入院前問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		電話番号
患者氏名		自宅
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	携帯電話

★入院中の緊急連絡先を2カ所以上記載してください

↓ご本人以外で病状を聞き意思決定する人（キーパーソン）に○をつけてください

○	氏名（ふりがな）	続柄	電話番号	住所(番地不要)	同居・別居
	ふりがな		電話① 電話②		同居 別居
	ふりがな		電話① 電話②		同居 別居

●これまでかかれた病気についてお伺いします

高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・心臓病・脳卒中・がん・喘息・緑内障など

年齢	病名	治療内容
		入院・通院・手術・内服治療・完治・継続診療中・その他 病院名（ ）
		入院・通院・手術・内服治療・完治・継続診療中・その他 病院名（ ）
		入院・通院・手術・内服治療・完治・継続診療中・その他 病院名（ ）
		入院・通院・手術・内服治療・完治・継続診療中・その他 病院名（ ）
		入院・通院・手術・内服治療・完治・継続診療中・その他 病院名（ ）
2000 年以降に海外で入院をしましたか？ はい ・ いいえ		

●介護保険と利用中のサービス

介護保険申請	無 ・ 申請中 ・ 有（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）
担当ケアマネジャー	事業所名 担当者名

★入院目的についてどのように説明を受けていますか？

治療・手術・検査・化学療法・教育入院・出産・その他（ ）

★希望の退院先についてお伺いします

自宅 ・ 病院 ・ 施設 ・ その他（ ）

★入院中に心配なことはありますか？

なし ・ 病気のこと ・ 仕事や家事 ・ 経済的なこと ・ 家族のこと

★入院中の要望や配慮してほしいことなどを具体的にお書きください
なし ・ あり []

●家族構成を記載してください
ひとり暮らし ・ 同居者あり（配偶者・父・母・子供・兄弟・その他）
同居以外の家族（ ）

●入院前の生活についてお伺いします

移動	自立歩行・見守り歩行・全介助・補助具使用（杖・歩行器・義足・車椅子・その他）	
視力障害	無 ・ 有 補助具（めがね・コンタクトレンズ）	
聴力障害	無 ・ 有 補聴器（右・左）	
排尿	（ 回／日） 一人でできる ・ 一部介助でできる ・ 介助が必要	
	方法：トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ オムツ ・ カテーテル ・ ストーマ	
	夜間に何回排尿がありますか？（ ）回	
排便	（ 回／日） 一人でできる ・ 一部介助でできる ・ 介助が必要	
	方法：トイレ ・ ポータブルトイレ ・ オムツ ・ ストーマ	
更衣	一人でできる ・ 一部介助でできる ・ 介助が必要	
清潔	一人でできる ・ 一部介助でできる ・ 介助が必要	
食事	一人でできる ・ 一部介助でできる ・ 介助が必要	
義歯	使用していない ・ 使用している（全部・上・下・部分）	
たばこ	現在、たばこを吸っていますか？ 無 ・ 有（ ）本／日 × （ ）歳～ 過去にたばこを吸っていましたか？ 無 ・ 有（ ）～（ ）歳で（ ）本／日	
お酒	無 ・ 有【ビール・日本酒・その他（ ）を1日（ ml）】	
家屋状況	戸建て ・ 集合住宅 集合住宅の場合、エレベーターはありますか？ 無 ・ 有	
転倒歴	直近1ヶ月以内に、転倒・転落したことがありますか？ 無 ・ 有	
栄養経路	くちから食べる ・ 胃瘻 ・ 経鼻胃管 ・ 中心静脈栄養	
食事形態	普通食 ・ 柔らかい食事 ・ ゼリー ・ きざみ ・ パースト	
通常体重は何 kg ですか？ （ ）kg		
6ヵ月以内に意図しない体重減少はありますか？ 無 ・ 不明 ・ 有		
減少した方は何 kg 減少しましたか？1～6kg 未満・6～11kg 未満・11～15kg 未満・15kg 以上		
食欲低下による食事量減少はありますか？ 無 ・ 有（1週間前・1ヵ月前）		
床ずれがありますか？	現在：無・有（部位 ）	過去：無・有（部位 ）
過去に入院をしたときにせん妄になったことはありますか？ ※せん妄とは、体調や一部の薬剤によって意識が混乱した状態になることです		はい ・ いいえ

★今回の入院でのお部屋の希望をお伺いします※ご希望に添えないことがございますがご了承ください
大部屋希望 ・ 個室希望【7700 円(本館)・11000 円(新館/本館)・22000 円(新館)】
○都合により小児科病棟、産科病棟になる場合があります
【 小児科病棟可 ・ 産科病棟可（女性のみ） ・ どちらも不可 】

看護師
サイン