

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。ない場合には「なし」と記入してください
↓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		同居
			電話②		別居
	ふりがな		電話①		同居
			電話②		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、海外の病院に 10 日以上入院をしましたか？ 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	連絡先
	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

なし ・ あり ()

同居以外の家族（ ）

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）		
歯の状態	ぐらつきのある歯 無 ・ 有 その他【 】		
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		

※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

看護師
サイン