

患者名

様 入院時間診票

年 月 日

～入院生活に役立つため、以下の項目にご記入ください～

・ 病院からの連絡先（キーパーソン： ）

優先度 1	氏名 勤務状況	続柄	年齢	居住地 市・区	病院まで 車 電車 徒歩 分	電話番号 可能時間
優先度 2	氏名 勤務状況	続柄	年齢	居住地 市・区	病院まで 車 電車 徒歩 分	電話番号 可能時間
優先度 3	氏名 勤務状況	続柄	年齢	居住地 市・区	病院まで 車 電車 徒歩 分	電話番号 可能時間

・ ご家族について

家族構成

- ・どなたと同居していますか
- ・ご自宅の家事の担い手は
- ・主介護者はどなたですか
- ・主介護者は就労していますか

・ かかった病気とかかりつけ医

今まで患った病気	何歳ころ	かかった病院

今まで患った病気	何歳ころ	かかった病院

・ アレルギーについて ・薬剤（ ） ・食品（ ） ・造影剤（有・無）

・ 嗜好について

① 喫煙歴 なし ・ やめた / 有 → 1日 本 約 年間

② 飲酒歴 なし ・ 有 → 酒の種類（ ） 毎日・週（ ）回・時々 量（ ）

③ 好きな食べ物

嫌いな食べ物

④ 好きなこと（趣味や余暇の過ごし方）

嫌いなこと

・ ご自宅について

① 家屋状況 集合/戸建て 住宅改修 可能/不可 バリアフリー
 トイレ和式/洋式 階段有/無 手すり無/有 布団/ベッド
エレベーターが止まらない階 上がり框 段 cm その他（ ）

② 住宅環境

常時家族と一緒に 独居 日中独居（一人になる時間 時から 時ころ）
 患者の生活スペース 1階 2階 その他

・ 入院前の様子

- ① 自立した生活をしていた ()
 どのくらいの家事をしていたか
- 介助を要する生活をしていた ()
 具体的な介助内容をご記入下さい
- 転倒したことがある ()
 いつ頃、どこで、どのような状況か
- 物忘れまたは認知症があった 該当する方は別紙ご記入下さい
- ② ・義歯使用 (一部・下顎・上顎) ・補聴器使用 (有・無) (右・左) ・インプラント (有・無)
- ③ ・1日のトイレ () 回) ・就寝後のトイレ () 回) ・失禁 (有・無) ・おむつ使用 (有・無)
 ・排便回数 (/日) ・便秘 (有・無)

・ 退院後の生活について

- ① 現在検討している患者の退院先 自宅・施設・同居(誰と)
- ② 退院時の希望(最低限できてほしい事 例：トイレの自立や歩行の自立など)

・ ご利用中の福祉サービスについて

	有 () 級・無・申請中		
介護保険	居宅介護支援事業所：	ケアマネージャー：	ケアマネージャー連絡先：
訪問	<input type="checkbox"/> 介護 () 回/w)	<input type="checkbox"/> 入浴 () 回/w)	<input type="checkbox"/> リハビリ () 回/w) <input type="checkbox"/> 看護 () 回/w)
通所	<input type="checkbox"/> 介護 () 回/w) <input type="checkbox"/> リハビリ () 回/w)		
ショートステイ	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり ()		
福祉用具	レンタル：	改修：	
その他			
<input type="checkbox"/> 利用なし			

新型コロナウイルスワクチン接種歴

回 最終接種 月 または 無

2023年インフルエンザワクチン接種歴

月 または 無

～ ご記入ありがとうございました～

この用紙の情報は目的以外に使用せず、また個人情報が漏洩しないよう慎重に管理いたします。

泉リハビリテーション病院