

患者名

様

入院時間診票

年

月

日

～入院生活に役立てるため、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 なし あり→薬剤（ ）食品（ ） 造影剤

・ 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・あり → 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

裏面に続く

・ 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ましたか
- 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でしたか

物忘れまたは認知症があった     せん妄があった    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 (  独居    同居(誰と          )     施設    不明
- 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

介護保険	有 (          ) 級・無・申請中		
	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			

・ 宗教および信仰について

- ① 宗教、信仰に関する必要性について    無     有     ・宗教名： \_\_\_\_\_

・ その他

- ・今回入院中の歯科受診の希望     なし     あり→別紙申込用紙
- ・今回入院中のヘアカットの希望     なし     あり→別紙申込用紙
- ・スタッフへの要望

～ ご記入ありがとうございました～