

入院時間診票

入院される患者様（ご家族様）へ

入院中の生活を安心・安全に過ごしていただくために下記の間診票にご記入をお願い致します。

ご不明な点は空欄のままで結構ですが、できるだけ詳しくご記入ください。

なお、この間診票は個人情報の保護上取り扱いを厳重に行います。

3ヶ月以内に当院に入院された方は、変更点のみご記入ください。（アレルギー間診票は必ずご記入ください）

ふりがな 氏名 _____ 様 _____ 歳 男・女 生年月日 T・S・H・R 年 月 日					
緊急連絡先 ※必ずお二人の連絡先をご記入下さい。					
①自宅電話:		氏名	続柄	同居・別居	別居の場合 居住地 (例: 仙台市)
携帯電話:		様			
②自宅電話:		氏名	続柄	同居・別居	別居の場合 居住地 (例: 仙台市)
携帯電話:		様			
入院中、医師からの説明を主に受けるご家族の方 (氏名: _____ / 続柄: _____)					
家族関係について					
同居されている方 (例 父: 58歳) (): 歳 (): 歳 (): 歳 (): 歳 (): 歳 (): 歳					
現在治療中または今までかかったことのある病気やケガについて					
年齢	病名	治療内容	入院の有無	通院中の有無	病院名
例) 50歳	高血圧	投薬 手術 経過観察	有・無	有・無	仙台赤十字病院
		投薬 手術 経過観察	有・無	有・無	
		投薬 手術 経過観察	有・無	有・無	
		投薬 手術 経過観察	有・無	有・無	
		投薬 手術 経過観察	有・無	有・無	
		投薬 手術 経過観察	有・無	有・無	
		投薬 手術 経過観察	有・無	有・無	
		投薬 手術 経過観察	有・無	有・無	
		投薬 手術 経過観察	有・無	有・無	
身体について					
アレルギー: 無・有 ⇒ 下記の当てはまる項目に丸をつけて必要事項に記載をお願いします。					
1. 薬剤()		3. 花粉症		6. 金属アレルギー()	
2. 食物		4. アトピー		7. 造影剤()	
		5. 気管支喘息		8. その他()	
皮膚トラブル 無・有 ⇒ 下記の当てはまる項目に丸をお願いします。					
1. テープ剤で負けやすい		3. ゴム手袋で負ける		5. その他()	
2. アルコール消毒で赤くなる		4. 床ずれがある			
※裏もあります					

身体について			
歩行時の支え： 無・有（歩行器・車椅子・杖・装具・その他： ）			
視力： 裸眼・眼鏡・コンタクト・その他： ）			
聴力： 聞こえる・耳元で聞こえる・聞こえない（補聴器： 無・右・左 ）			
義歯： 無・有〔総入れ歯・部分入れ歯（上・下）・取り外し不可（インプラント等）〕			
カツラ： 無・有			
手足の爪の装飾（マニキュアなど）： 無・有			
ペースメーカー： 無・有			
身体障がい者手帳： 無・有 療育手帳： 無・有			
栄養	食事摂取 自立・見守り・一部介助・全介助 食事回数： 回/日		
	食事内容：主食について（米飯・軟飯・おかゆ・流動食・経鼻栄養・胃ろう・点滴）		
	副食について（常食・軟菜・きざみ・ペースト・ゼリー・ムース）		
	むせ込み： 無・有		
	現在の食欲： 普通・普段より半分以下・ほとんど摂取できない		
	体重の変化： 無・有（3ヶ月/6ヶ月で kg 増・減）・不明		患者プロフィールの食欲 体重の変化に入力
飲酒	無・有（ 回/週 ）（ ml/日 ）		
喫煙 （電子タバコ含む）	無・有（ 本/日 ） 喫煙期間（ 歳）～（ 歳）		
	過去の喫煙歴： 無・有（ 本/日 ） 喫煙期間（ 歳）～（ 歳）		
睡眠	（就寝 時）～（起床 時） 熟睡感： 無・有		
	いびき： 無・有 C-PAPなどの機器の使用： 無・有		
	睡眠薬の使用： 無・有（ 毎日・眠れない時 ） 薬剤名（ ）		
排泄	自立・一部介助・全介助・紙おむつ・尿パット・ストーマ		
	尿回数（ 回/日 ） 夜間尿（ 回/日 ）		
	便回数（ 回/日 ） 下剤の使用 無・有（ ）		
	便の性状（普通便・硬便・軟便・下痢便）		
清潔	入浴（ 回/日 ）⇒（ 自立・一部介助・全介助 ）		
	洗髪（ 回/日 ）⇒（ 自立・一部介助・全介助 ）		
	歯磨き（ 回/日 ）⇒（ 自立・一部介助・全介助 ）		
	着替え（ 自立・一部介助・全介助 ）		
女性症状	最終月経（ / ）～ 日間 月経周期： 日（ 順・不順 ）		
	初経： 歳 閉経： 歳		
現在服用している薬	無・有 ⇒ 薬の管理： 本人・家族・その他（ ）		
社会関係について			
職業（ 現： 元： ） 学生の場合、学校名と学年（ ）			
介護保険	有	要支援（ 1・2 ） 要介護（ 1・2・3・4・5 ）	利用している介護サービスに○をつけて下さい。 ・ ショートステイ ・ デイサービス ・ 訪問看護 ・ 配食サービス
	無	担当介護事業所：（ ）	
	申請中	担当ケアマネジャー： 氏名（ ） 電話番号（ ）	
施設に入所されている方は施設名をご記入下さい。（ ）			
自宅で訪問診療を受けていますか： 無・有（訪問診療施設名： ）			
信仰されている宗教： 無・有（宗教名： ）			
宗教・信仰や信念で入院中に生活や治療で希望することがあります。： 無・有（ ）			

65歳以上の方、および65歳以下でも介護保険の認定を受けている方は
 こちらの用紙にもご記入お願い致します。 ※該当しない方は記入不要です。

認知機能について		
調理をすることができる		☐ はい ☐ いいえ
掃除をすることができる		☐ はい ☐ いいえ
電話をかけることができる		☐ はい ☐ いいえ
買い物をすることができる		☐ はい ☐ いいえ
物忘れが目立ってきた		☐ はい ☐ いいえ
見 当 識	日時、季節がわかる	☐ はい ☐ いいえ
	今いる場所がわかる	☐ はい ☐ いいえ
	自分の年齢がわかる	☐ はい ☐ いいえ
	自分の名前がわかる	☐ はい ☐ いいえ
	家族の顔がわかる	☐ はい ☐ いいえ
認知症と診断を受けたことがある		☐はい ↓ ☐アルツハイマー型 ☐脳血管性 ☐レビー小体型 ☐不明 ☐その他 () ☐ いいえ

気分・心理状態について		
気分が沈んだり、意欲が沸かないことがある		☐ はい ☐ いいえ
怒りっぽかったり、イライラしたりすることがある		☐ はい ☐ いいえ

その他		
以前入院した際に、混乱したことがある		☐ はい ☐ いいえ