

病棟入院申込書兼問診票

申込日: 年 月 日

※患者様ご家族様についてお聞かせください・4ページあります。

患者様	ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生
	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢()歳
	ふりがな		連絡先	☎ — —	
	住所	〒(—)			
現在の居住地		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中または入所中⇒医療機関名・施設名()			
入院希望理由・期間 ※簡単で結構でございますのでご記入ください					
医療保険		<input type="checkbox"/> 国民保険(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 健康保険(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 共済(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 高齢受給者 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()			

※24時間連絡可能な方(できるだけ2カ所お願いします。)

緊急連絡先	ふりがな		続柄	夜間連絡	電話番号
	氏名	様		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	— —
	ふりがな		続柄	夜間連絡	電話番号
	氏名	様		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	— —

既往歴	今までかかった病気や現在治療中の病気はありますか？				
現病歴	今回のご入院にあたりいつからどんな症状がありましたか？簡単にご記入ください。				
薬	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> お薬手帳コピー				
受診先	・医療機関名() ・病名() 薬: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	・医療機関名() ・病名() 薬: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	・医療機関名() ・病名() 薬: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	・医療機関名() ・病名() 薬: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

		氏名	続柄	年齢	生・死	同居・別居	備考
ご家族構成・ご家族状況	配偶者	あり・なし			生・死	同居・別居	
	子供	あり・なし			生・死	同居・別居	
		人			生・死	同居・別居	
					生・死	同居・別居	
					生・死	同居・別居	
	両親	父			生・死	同居・別居	
		母			生・死	同居・別居	
	兄弟	あり・なし			生・死	同居・別居	
	(ご本人含まず)	人			生・死	同居・別居	
					生・死	同居・別居	
					生・死	同居・別居	
	入院・治療の主な説明を受ける方(キーパーソン)					同居・別居	
	入院・治療の主な説明を受ける方(キーパーソン)の同居家族				生・死	同居・別居	
					生・死	同居・別居	
				生・死	同居・別居		
				生・死	同居・別居		
<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他()							

輸血を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ワクチン接種	コロナワクチン ()回接種 接種日 / / 未接種 インフルエンザワクチン 接種日 / / 未接種
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 種 級 障害名()
介護保険	申請(未・済)/認定(未・済) ⇒ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	有効期限 年 月 日 まで
	ケアマネジャー <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる⇒ 事業所名 担当者名
退院後の方向性	自宅:施設:未定
現在ご利用されているサービス	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 医師による訪問診療(月に 回) 病院名:
	<input type="checkbox"/> 訪問看護(月・週に 回) 事業所名 :
	<input type="checkbox"/> 介護ヘルパー(回/週)(サービス内容)
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア(回/週)
	<input type="checkbox"/> ショートステイ(回/月) <input type="checkbox"/> 配食サービス(回/週)
	<input type="checkbox"/> その他

食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> その他	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時々失敗 <input type="checkbox"/> 失敗	
排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時々失敗 <input type="checkbox"/> 失敗 <input type="checkbox"/> Baカテ-テル	
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
車椅子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 実施せず	
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 実施せず	
階段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 実施せず	
便	()回/()日 最終排便 月 日	
日中	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> ストマパウチ
夜間	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	パウチ交換曜日・回数
性状		
下剤		
尿	()回/日 (夜間 回)	
日中	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> Baカテ-テル
夜間	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	カテ-テル交換日
性状		
食事回数	()回/日 間食 ()回/日	
食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 3分 <input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 7分 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> ペースト	
	副食 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 荒キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー	
とろみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
食事制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
栄養ルート	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> 経静脈	
食欲	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不振 <input type="checkbox"/> ムラがある <input type="checkbox"/> 誤嚥リスク	
義歯	あり <input type="checkbox"/> 上下 <input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ <input type="checkbox"/> なし	
安定剤	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
食事の飲み込み	<input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> むせない	
体重	kg	体重減少 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
身長	cm	
保清	最終入浴日 月 日	最終清拭日 月 日
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(本/日 × 年) <input type="checkbox"/> 過去に喫煙歴あり(本/日 × 年)	
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ml/日 酒類	
牛乳	<input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 飲めない	
嫌いな食べ物		

アレルギー	食べ物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	薬剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<禁忌薬剤>
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
禁忌食物	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 魚 <input type="checkbox"/> 青魚 <input type="checkbox"/> 鯖 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> グレープフルーツ		
その他禁忌			
食事について気を付けることはありますか？			
見当識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
徘徊不穏問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
認知機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
視覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
言語障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
聴覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
知覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
味覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
疼痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	部位	緩和手段
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	眠剤	
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 痰吸引(頻度: /1日)		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位: 処置回数: 回/1日) <input type="checkbox"/> 在宅酸素(L)		
	<input type="checkbox"/> インスリン注射 (回数 回/1日)		
	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他()		
その他留意点等※ご要望等もご記入下さい			