

# 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
	様		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( )			
身元引受人	ふりがな		年齢	続柄	勤務先
	氏名		様		
	連絡先	☎ — —		☎ — —	
	住所	〒( — )			
	住所	〒( — )			

※24時間連絡可能な2か所

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	— —

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( )
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( ) 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( )
退院後の方向性	自宅:施設:未定

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

.....

.....

.....

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

			健在	否	同居	同居以外の居住地
			配偶者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>	歳
子供 例:長女	_____	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ご両親	父	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	母	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ご兄弟 例:兄 妹	_____	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他( )						

※入院・治療の主な説明を受けるご家族 氏名 \_\_\_\_\_

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。 ( )
既往歴	① 輸血を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ② 今までかかった病気や現在治療中の病気はありますか？ ( )
薬	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> お薬手帳コピー <input type="checkbox"/> 特殊な薬あり( )

身体状況について	入院前(今回のご病気以前)の身体状況をお教えてください。
	①感覚障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 視覚障害( <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> 全盲) <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害(補聴器: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 知覚障害 <input type="checkbox"/> 味覚障害
	②運動障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 _____
	③気になる皮膚症状などがありましたらご記入ください。(床ずれ・擦り傷・むくみなど)
	⑤身長 _____ cm 体重 _____ kg 体重減少: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

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( _____ )
保清	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 最終入浴日 _____ 月 _____ 日 最終清拭日 _____ 月 _____ 日
	整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動	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 階段 <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 (車椅子移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 寝たきり(使用マットレス等の種類: _____ )
	<排尿> 日中: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル 夜間: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル 失禁 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし
	<排便> 日中: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 夜間: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 失禁 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし
	便の回数( )回/日 最終排便 _____ 月 _____ 日 ズボンの上げ下げ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	尿の回数( )回/日 (夜間 _____ 回) : 失禁 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
食事	栄養ルート: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> 経静脈 食事制限 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 食欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> むらがある 食事の飲み込み: <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> とろみあり <input type="checkbox"/> とろみなし 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 食事形態 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 食事回数 ( )回/日 間食 ( )回/日 牛乳 <input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 飲めない 食事について気を付けることはありますか? 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

