

質 問 表 (患者様記入用)

患者氏名 (漢字)	
出生地	日本 (都道府県名:) 日本以外 (国名:)
身長	cm
体重	kg
電話番号 (携帯)	
緊急連絡先	①名前: (関係:) 電話番号 (自宅: 携帯:)
	②名前: (関係:) 電話番号 (自宅: 携帯:)
既往症 (今までかかった病気)	歳 () 歳 () 歳 () 歳 ()
入院されるまでの経過	
病気や治療について どのような説明を受けられましたか	
アレルギーについて	お薬:
	食物:
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし いつ頃 ()
輸血歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし いつ頃 ()
皮膚の状態について	<input type="checkbox"/> 傷 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> その他 () 薬がありますか?
感覚・知覚について	補聴器 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> なし
	視力障害 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 眼鏡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
義歯	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分) <input type="checkbox"/> なし
嗜好	<input type="checkbox"/> アルコール (酒・ビールなど) ・ 1日量 () ・ () 年間
	<input type="checkbox"/> 喫煙あり 1日 () ・ () 年間

裏面もあります

日常生活について	食事 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 注入食 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助内容)
	保清 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 特別浴槽 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助内容)
	更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 ()
	排泄 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> おむつ 尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 排尿回数 (回/日) 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 排便状態 (回/日) 最終排便日 (月 日) 便秘 使用薬剤および処置 ()
	睡眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 不眠 眠剤の使用 () 就寝時間 (時) 起床時間 (時)
	住宅環境 <input type="checkbox"/> 一戸建て 住宅改修 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 () <input type="checkbox"/> 集合住宅 エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
認知症状	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
身障者手帳	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
介護保険	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要支援1
ケアマネ	
介護支援事業所	
サービス内容	<input type="checkbox"/> デイサービス (回/週) <input type="checkbox"/> デイケア (回/週) <input type="checkbox"/> ヘルパー (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療 (医師) <input type="checkbox"/> ショートステイ (回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具 ()
病気について説明を受けられる家族の方は	氏名： (続柄) 電話番号：
家族構成	
希望されること	
☆女性の方 (手術予定) にお聞きします。 最終月経 月 日	

2023年3月8日 松原メイフラワー病院 看護部