

問診票

入院日 R 年 月 日

フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名		男女	歳	T S H R 年 月 日
緊急連絡先(氏名)	続柄	世帯	電話番号	住所
①		同 別		
②		同 別		
③		同 別		
④		同 別		

※緊急連絡先は可能な限り③まで記入をお願いします。

既往歴

今までかかった病気があれば記入してください。

発症時期	年齢	病名	入院	手術	病院名	通院状況
年	歳		無 有	無 有		通院中 終了
年	歳		無 有	無 有		通院中 終了
年	歳		無 有	無 有		通院中 終了
年	歳		無 有	無 有		通院中 終了
年	歳		無 有	無 有		通院中 終了
年	歳		無 有	無 有		通院中 終了
年	歳		無 有	無 有		通院中 終了
年	歳		無 有	無 有		通院中 終了

退院支援

入院前の所在	自宅 病院 () 施設 ()
介護保険	なし あり 要支援 () 要介護 () 申請中
障害者手帳	なし あり () 級
過去のサービス利用	なし あり
利用サービスの種類	往診 訪問看護 ヘルパー デイサービス デイケア ショートステイ 福祉用具レンタル その他 ()
ケアマネージャー	氏名 電話番号 事業所名

入院中や退院後の生活に対しての不安や希望

患者さんの希望	
ご家族の希望	

①外来 → ②病棟 (入院時預かり、入力→退院まで保管)

医療法人恒和会 関口病院

R7.1

家 族 構 成

★同居者、2親等までの家族、主の介護者の氏名・続柄を記入してください。

【同居者】

【別で暮らしている家族】

夫 妻

子

子

祖父 祖母

* 該当するところを○で囲むまたは、続柄を記入してください。

主な介護者：（ ）

身長	cm	体重	k g	
----	----	----	-----	--

アレルギー	なし	あり	薬（ ）	食物（ ）	その他（ ）
-------	----	----	------	-------	--------

輸 血	なし	あり	不明	体内金属	なし	あり	不明
-----	----	----	----	------	----	----	----

薬	内服薬	あり	なし	※ありの人は薬剤情報またはお薬手帳があれば提出をお願いします。		
	管 理	自己	家族	その他	（ ）	

病気・治療について 受けた説明・理解	
-----------------------	--

健康のために していること	なし	あり	食事（ ）	運動（ ）	他（ ）
------------------	----	----	-------	-------	------

喫 煙	しない	する	やめた	不明
	喫煙期間（ ）歳 ～（ ）歳	喫煙本数	1日（ ）本	

飲 酒	毎日飲む	ときどき飲む	やめた	飲まない
	1日の飲酒量（ ）	お酒の種類（ ）		

食事形態	米飯 他（	お粥	パン食	刻み	一口サイズ	トロミ付き	）
義 歯	なし	あり	上だけ	下だけ	上下	総入れ歯	部分入れ歯
ム セ	なし	あり	水分	食物			
嚥 下	飲み込みにくさなし		飲み込みにくい				

尿 回 数	昼間（ ）回	夜間（ ）回				
便 通	毎日	2日に1回	3日に1回	4日に1回	その他（ ）	
下 剤	なし	あり	毎日服用	2日に1回服用	3日に1回服用	ときどき
			内服	浣腸	座薬	摘便

睡眠時間	() 時間	睡眠薬	なし	あり
就寝時間	() 時	いびき	なし	あり 不明
入浴	毎日 2日に1回 3日に1回 週に2回	その他 ()		
麻痺・拘縮	なし 麻痺あり 拘縮あり	利き手	右	左
疲労感	なし あり	息苦しさ	なし あり	安静時 動作時

見当識障害	なし あり	人物	場所	日時
認知症状	集中力低下 無気力 認知能力の変動 幻覚 妄想 記憶障害	支離滅裂な会話 徘徊 他 ()		
知覚障害	なし あり	部位・程度 ()		
他の症状				
視力障害	なし あり	眼鏡	コンタクト	
聴力障害	なし あり	難聴 (右 左 両耳)	補聴器 (右 左 両耳)	

病気・入院に伴う 気持ちの変化	希望が持てない 満足 不安感あり 状況が受け入れられない イライラする 安心している 心配なことがある 他 ()
--------------------	---

職業	無職 病欠 退職 有職 職種 () 業種 () 内容 ()
経済状況	自立 その他 ()
余暇活動	社会的活動・奉仕活動 () 趣味 ()

環境	家屋	一戸建て 集合住宅 その他 ()
	家屋周囲	住宅街 農村部 その他 ()
	交通手段	徒歩 自転車 乗用車(運転) 乗用車(送迎) 他 ()

妊娠歴	なし あり 妊娠中
-----	-----------

信仰・宗教	なし あり
-------	-------

* スキャン不要

医療法人恒和会 関口病院

R7.1

アセスメントシート No.1

アセスメントシート No.2

		入 院 前 (発症前)					入 院 前 (発症前)				
健康 状況	麻痺・拘縮	なし	麻痺あり	拘縮あり	食事	摂取状況	自立	見守り	一部介助	全介助	
		部位 ()									
	痛み	なし	あり	治療中		嚥下	できる	見守り	できない		
		部位 ()									
	褥瘡	なし	あり	治療中		食事形態	主食()		副食()		
部位 ()			経腸栄養()								
皮膚疾患	なし	あり	治療中	栄養状態		良好	普通	悪化			
	部位 ()										
ADL	寝返り	できる	一部介助	全介助		排泄	水分摂取	自立	見守り	一部介助	全介助
	起き上がり	できる	一部介助	全介助	口腔ケア		自立	見守り	一部介助	全介助	
	座位	できる	一部介助	全介助	口腔状態		自歯	義歯(上 下 部分)			
	移乗	できる	一部介助	全介助	ムセ	なし	あり()				
	入浴	できる	一部介助	全介助	排泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	
屋外歩行	できる	一部介助	全介助	排便		自立	見守り	一部介助	全介助		
更衣	できる	一部介助	全介助	尿失禁		なし	あり()				
身だしなみ	できる	一部介助	全介助	便失禁		なし	あり()				
使用機器	杖	歩行器	車椅子	日中	トイレ	Pトイレ	尿器	オムツ			
IADL	調理	できる	一部介助	全介助	コミュニケーション	視力	問題なし	眼鏡(あり なし)			
	掃除・洗濯	できる	一部介助	全介助		聴力	問題なし	補聴器(あり なし)			
	買い物	できる	一部介助	全介助	言語	問題なし	問題あり				
	ゴミ出し	できる	一部介助	全介助	意思疎通	できる	時々できる	困難			
	火気管理	できる	一部介助	全介助	認知と行動	物忘れ	なし	あり			
金銭管理	できる	一部介助	全介助	意思決定		できる	できない				
薬の管理	できる	一部介助	全介助	行動・心理 症状	抑うつ 不安 興奮 被害的 作話 昼夜逆転 同じ話の繰り返し 大声 介護拒否 落ち着きなし 収集 独語 徘徊						
電話の利用	できる	一部介助	全介助	介護力	介護者	氏名 続柄					
交通機関の利用	できる	一部介助	全介助		介護者の健康	健康	高齢	病身()			
					介護の提供	常時	日中のみ	夜間のみ			