

## 問診票

以下 **太枠** の中をご記入ください治療や看護、退院に向けた支援・調整などを行うため、今回の**入院前（発症前）**の患者様の身体や

生活に関することをお伺いします。ご記入内容は、個人情報保護基本方針に基づき適正に管理します。

ご不明な点がありましたら、看護師または受付職員へお問い合わせください。

患者名	ID	記入日：	年 月 日	記載者：	<input type="checkbox"/> 本人
	様				<input type="checkbox"/> 代筆( )
	( ) 歳	再確認日：			<input type="checkbox"/> 看護師

## 【支援・調整について】

## ●緊急連絡先

※連絡がとれるよう複数の連絡先と( )内に優先順位を1-3までご記入ください

氏名	続柄	電話番号	住まい (○市○区)	病院までの 所要時間
様		( ) 自宅： ( ) 携帯： ( ) 職場：		
様		( ) 自宅： ( ) 携帯： ( ) 職場：		
様		( ) 自宅： ( ) 携帯： ( ) 職場：		

## ●病状説明を主に受ける方（：キーパーソン）、患者さんの事で相談する窓口になる方

親 配偶者 子供( ) その他( ) 本人のみ

## ●現在同居されている方

親 配偶者 子供( )  
その他( ) 本人のみ

## ●介護者（身の回りの世話をしてくれる人）

親 配偶者 子供( )  
その他( ) 本人のみ●患者さんの職業 会社員 自営業 パート・アルバイト 学生 無職 その他( )

## 【アレルギー・体内金属・ワクチンについて】

●アレルギー：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり	薬：( ) 食物：( ) その他：( )
●体内金属：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 埋込型自動除細動器 <input type="checkbox"/> 磁性アタッチメント義歯 <input type="checkbox"/> 入れ墨 <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 骨折後のプレートや人工骨頭 <input type="checkbox"/> その他( )	
●コロナワクチン接種：	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 済 ( )回接種	最終接種日( / )

# 問診票/補足

不明 理由

以下分かる範囲でご記入ください

[ ]

## 1.健康知覚/健康管理

〔備考・職員使用〕

●嗜好品：飲酒 なし あり（毎日 時々 つきあい程度）  
 喫煙 なし 禁煙した 過去の喫煙期間（ ）歳～（ ）歳 1日（ ）本  
喫煙中（ ）歳～現在まで 1日（ ）本

●健康のために何かしていること なし あり（

●感染を引き起こす要因 糖尿病 喫煙習慣 免疫抑制剤・ステロイド剤 その他（ ）

●内服薬管理 内服薬なし 自分で管理 他の方が管理 その他（ ）

## 2.栄養/代謝

〔備考・職員使用〕

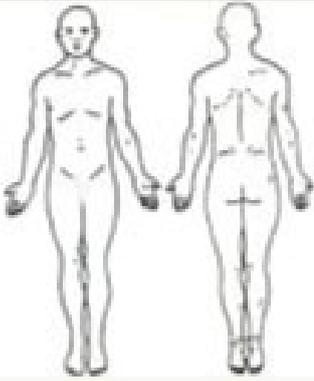
食事方法	<input type="checkbox"/> 経口（ <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要） <input type="checkbox"/> それ以外（ ）		
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（上： <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 部分 / 下： <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 部分 / <input type="checkbox"/> 義歯不具合）		
食事回数	（ ）回 / 日	食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食事量	1ヶ月～1年での食事量増減： <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> わからない 減った方：減った量（ <input type="checkbox"/> 元々の半分～3/4程度 <input type="checkbox"/> 半分以下 <input type="checkbox"/> ほぼ摂取できない）		
嚥下困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 噛むことが難しい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい）		
身長・体重	身長（ ）cm 体重（ ）Kg <input type="checkbox"/> 測定日（ ） <input type="checkbox"/> 推定値		
体重	1ヶ月～1年での体重の増減： <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> わからない 下線部に該当の方↑：（ ）年前の体重は（ ）kg		
浮腫(むくみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位： ）		
褥瘡(床ずれ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 以前あった <input type="checkbox"/> あり（部位： ）		
皮膚トラブル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 赤くなりやすい <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> その他( )）		

## 3.排泄

### 9.性/生殖

〔備考・職員使用〕

排尿	（ ）回/日 うち夜間（ ）回
排便	<input type="checkbox"/> 毎日（ ）回/日 <input type="checkbox"/> 1回/2-3日 <input type="checkbox"/> 1回/3-5日 <input type="checkbox"/> 1回/5-7日 <input type="checkbox"/> 最終排便（ ）
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器・便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他（ ）
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄処置 <small>ストマ・自己導尿など</small>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
便通の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬剤名： ）
前立腺の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
月経の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 閉経後 <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 最終月経（ ）

4.活動/運動		〔備考・職員使用〕	
入院前の状況	(以下のいずれかにチェック) <input type="checkbox"/> まったく症候がない <input type="checkbox"/> 明らかな障害はない：日常の勤めや活動は行える <input type="checkbox"/> 軽度の障害：自分の身の回りのことは介助なしで行える <input type="checkbox"/> 中等度の障害：何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える <input type="checkbox"/> 中等度から重度の障害：歩行や身体的要求には介助が必要である <input type="checkbox"/> 重度の障害：寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする		
階段移動	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要	必要時右図使用 	
運動麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位： )		
筋力低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位： )		
関節拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位： )		
呼吸の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
入浴	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要		
洗面	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要		
更衣	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要		
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
移動	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 ↓下線部にチェックがついた方は以下にもお答えください ●移乗 ( <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 ) ●活動 ( <input type="checkbox"/> 寝返りできない <input type="checkbox"/> 座り直しできない <input type="checkbox"/> ベッド生活が主体		

5.認知/知覚		〔備考・職員使用〕	
視力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> その他 )		
聴力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> その他 )		
めまい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
しびれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 部位： ( ) )		
疼痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 部位： ( ) ) ↑ ありの方：疼痛緩和手段 <input type="checkbox"/> 鎮痛薬 <input type="checkbox"/> 休息 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難 ( 理由： )		
認知症状	(該当の方は以下のいずれかにチェック) <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、時々介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい神経症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする		

6.睡眠/休息		〔備考・職員使用〕	
睡眠時間	平均 ( ) 時間/日		
睡眠感	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤を使用して良眠 <input type="checkbox"/> 眠剤を使用しても不眠(薬剤名: )		

7.自己知覚/自己概念		8.役割/関係		10.コーピング/ストレス耐性		11.価値/信念	
〔備考・職員使用〕							
●医師からはどのように説明されましたか(入院、疾患、治療など)							
( )							
●入院中および退院後の生活で心配なこと、ご希望、配慮が必要なことはありますか							
( )							
●ストレス発散方法、趣味、日頃の過ごし方、生きがい、心の支えにしていることなどありますか							
( )							

12.社会的な状況		〔備考・職員使用〕	
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 依頼中 <input type="checkbox"/> 決定済み (事業所: ) (電話番号: )(氏名: )様		
訪問看護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )回/□週 □月 <input type="checkbox"/> 導入検討中		
訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )回/□週 □月 <input type="checkbox"/> 導入検討中		
福祉用具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> 導入検討中		
住宅改修	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> 導入検討中		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 認定済み 障害名: ( ) 級: ( )		
精神保健手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 認定済み 障害名: ( ) 級: ( )		
特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 認定済み (病名: ( ))		
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院名: )		
往診医・訪問医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院名: )		
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬局名: )		
住環境	家屋	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( )階部分居住	
	エレベータ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	階段 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	手すり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	寝具 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団

備考
----