

看護基礎情報

記入者氏名:

記入日:

年

月

日

※本人以外の方は○を記入してください 家族・施設職員・その他()

患者ID			
(フリガナ) 患者氏名	性別	生年月日	年齢
患者住所	電話番号		

緊急連絡先(2名以上記入してください)

優先順位	氏名	年齢	続柄	電話番号
【1】				
【2】				
【3】				

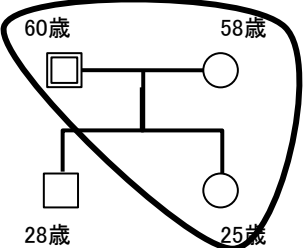
お身内や外部からの入院の問い合わせに対して、お断りを希望される方のみ記入してください

私は今回の入院期間中において、入院の問い合わせ(家族も含め全て)に対して、「お問い合わせにはお答えできません」と照会者に対して返答することを希望します。

(自署)

(代理人)

(続柄)

家族構成	【既往歴】 今までにかかった病気は何の病気ですか		
	いつ(年)	病名	医療機関・治療方法
	(例) 2023年	尿管結石	白岡中央総合病院 点滴治療(入院)
(例)4人家族の場合 	* 男性は□、女性は○ * 本人は二重線 * 年齢を記入 * 同居は線で囲む * 亡くなっている場合は■・●		

体内の留置されている医療器具や異物ついて

体内に埋め込まれているものはありますか なし ・ あり
検査をする際に注意するように言われていることはありませんか なし ・ あり
※「あり」の場合、その内容を記入してください 例: 心臓ペースメーカー 骨折手術時のボルト 等

【主訴】一番つらい症状は何ですか		病状・治療について医師からどのように説明を受けていますか	
【現病歴】入院までの経過		現在の病状についてどのように理解していますか	
		ご家族はあなたの病状・入院についてどのように理解していますか	
嗜好品	飲酒	なし ・ あり	
	飲酒量(何をどのくらい)		
	喫煙	なし ・ あり ・ 以前は吸っていた	
	1日の本数	本	※以前は吸っていた方もご記入ください
	喫煙年数	年	
介護認定	認定	なし あり 要支援 要介護	
	ケアマネジャー氏名 事業所名		
臓器提供の意思表示をされていますか		なし ・ あり	
※「あり」の場合は意思表示カードの確認をさせていただきます			
医療従事者記入欄		確認 済 ・ 未	
お薬について	現在飲んでいる薬はありますか		
	なし ・ あり		
	薬剤名・回数		
	* お薬手帳を持参されている方は記入不要		

栄養・食事に関すること					
身長	cm (測定日 /)		体重	Kg (測定日 /)	
1日の飲水量			食事時間	規則的 ・ 不規則的	
食事摂取状況	経口 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)		経管栄養	点滴	
食事制限	なし ・ あり		※「あり」の場合は該当するものに○をつけてください		
塩分 ・ カロリー ・ 蛋白 ・ 水分					
下記に関連した症状はありますか					
なし ・ あり ※「あり」の場合は該当するものに○をつけてください					
食欲不振 ・ 下痢 ・ 嘔気 ・ 腹痛 ・ 過食 ・ 嚥下困難					
主食	米飯 ・ 全粥 ・ パン		副食	常菜 ・ キザミ ・ ミキサー	
その他()		その他()			
トロミ調味料	不要 ・ 要		食事を調理する人は誰ですか ()		
義歯	なし ・ あり ※「あり」の場合は該当するものに○をつけてください				
	全部 (上 ・ 下) ・ 部分 (右上顎 個 左上顎 個 右下顎 個 左下顎 個)				
かかりつけ歯科	なし ・ あり				
	歯科医院名:				
口腔内異常	なし ・ あり		皮膚の問題	なし ・ あり 部位()	
	※「あり」の場合は該当するものに○をつけてください			※「あり」の場合は該当するものに○をつけてください	
	口内炎 ・ 歯肉炎 ・ 咽頭痛 口腔内乾燥 ・ 咬合不良		浮腫 ・ 黄疸 ・ 乾燥 発赤 ・ 湿疹 ・ 褥瘡		
その他()		処置の方法			

排泄に関すること								
排泄方法	トイレ	・	ポータルトイレ	1日の排尿回数	日中	回		
	オムツ	・	自己導尿		夜間	回		
排泄動作	人工肛門	・	人工膀胱	排尿異常	なし ・ あり			
	膀胱留置カテーテル 最終交換日		月 日		失禁	・ 頻尿	・ 残尿感 ・ 排尿時痛	・ 排尿遅延
排泄動作	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			男性の方はご記入ください				
便の性状	普通	下痢			前立腺の問題	なし ・ あり		
	硬い ・ 軟らかい					病名:		
便失禁	なし ・ あり			女性の方はご記入ください				
排便のための 薬剤使用	なし ・ あり	薬剤名:			月経	なし ・ あり	閉経	歳
	最終排便日				月 日	月経痛	なし ・ あり	
最終排便日	月 日	出産			なし ・ あり	出産回数	回	

入院前の日常生活に関すること						
寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			普段の体温は何度くらいですか	℃	
座位・端座位の保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			住居	一戸建て	入居施設
立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				マンション・アパート	(階)
移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			住環境	段差や階段	あり ・ バリアフリー
歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				寝具	布団 ・ ベッド
睡眠時間	時から 時まで				トイレ	和式 ・ 洋式
よく眠れる	はい ・ いいえ			手すり	なし ・ あり	
睡眠剤使用	なし ・ あり			薬剤名:		

感覚や認知機能に関すること		
視覚障害	なし ・ あり	眼鏡 コンタクトレンズ
聴覚障害	なし ・ あり	補聴器 音声拡張器
味覚障害	なし ・ あり	内容
嗅覚障害	なし ・ あり	内容
触覚障害	なし ・ あり	内容
言語障害	なし ・ あり	内容
記憶力の低下	なし ・ あり	内容
理解力の低下	なし ・ あり	内容
認知症状	なし ・ あり	内容
認知症診断	なし ・ あり	病名

自己知覚や役割に関すること	
ご本人はどのような性格ですか	入院中に協力してくれる人は誰ですか
悩みや不安に対して何か手助けして欲しいことはありますか	入院することで問題となることは何ですか

ストレス耐性、生活原理や信仰などに関すること	
ストレスを感じるがありますか なし ・ あり 内容	信仰している宗教はありますか なし ・ あり 宗教名 宗教上の習慣を教えてください
ストレスの対処法はありますか なし ・ あり 内容	
入院による悩みや不安はありますか なし ・ あり 内容	
相談相手はいますか なし ・ あり それは誰ですか	
	日常大切にしている習慣、行動はありますか なし ・ あり 内容

安楽に関すること	
身体の辛さや痛みなど身体的苦痛を感じていますか なし ・ あり ※「あり」の場合は具体的な症状をご記入ください	
精神的な苦痛を感じていることはありますか なし ・ あり ※具体的な苦痛を書ける範囲でご記入ください	

成長や発達に関すること	
先天的や遺伝的な問題がありますか なし ・ あり	
今後療養生活を送る場所はどこですか	
経済的な問題がありますか なし ・ あり	

ご要望やご提案がありましたら、ご自由にご記入ください	

アレルギーについて

1. 食物アレルギー

食物アレルギーはありますか なし ・ あり

「あり」の場合は、病院食での提供中止を希望する食物アレルギー食品にチェック☑してください

※ 好き嫌いででの禁止対応及び選択メニューの対応はできかねますので、ご了承ください

	食品名	備考
<input type="checkbox"/>	小麦	パン、うどん、パスタ、ぎょうざの皮、ルー
<input type="checkbox"/>	そば	
<input type="checkbox"/>	卵	
<input type="checkbox"/>	魚類	さば、さけ、魚卵（いくら、たらこ、かずのこ）
<input type="checkbox"/>	貝・甲殻類	えび、かに、いか、たこ、くらげ、あわび、あさり、しじみ
<input type="checkbox"/>	肉類	鶏肉、豚肉、牛肉、ゼラチン
<input type="checkbox"/>	大豆	豆腐、納豆、みそ、しょうゆ、大豆油
<input type="checkbox"/>	乳製品	牛乳、ヨーグルト、チーズ
<input type="checkbox"/>	やまいも	
<input type="checkbox"/>	まつたけ	
<input type="checkbox"/>	果物類	オレンジ、キウイフルーツ、バナナ バラ科植物（リンゴ・梨・さくらんぼ・桃・柿・梅・イチゴ） ※ラテックスアレルギーの方は、バラ科植物が該当します
<input type="checkbox"/>	種実類	ピーナッツ、カシューナッツ、アーモンド、くるみ、ゴマ
<input type="checkbox"/>	その他（	）

2. 薬物アレルギー

薬物アレルギーはありますか なし ・ あり

・薬品名

・いつ頃

・具体的な副作用、アレルギー症状

3. その他

食物、薬物以外のアレルギーはありますか なし ・ あり

例：アルコール綿 金属 等