

連絡先の記入をお願いします。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 携帯電話 ( ) \_\_\_\_\_

自宅 ( ) \_\_\_\_\_

●緊急連絡先（24時間連絡がつくように1ヵ所以上ご記入をお願いします）

① 名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 自宅 ( ) \_\_\_\_\_

携帯電話 ( ) \_\_\_\_\_

職場 ( ) \_\_\_\_\_

○病院までの所要時間 約 \_\_\_\_\_ 分

乗り物は？（自家用車・電車・バス・タクシー・自転車・徒歩・その他）

② 名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 自宅 ( ) \_\_\_\_\_

携帯電話 ( ) \_\_\_\_\_

職場 ( ) \_\_\_\_\_

○病院までの所要時間 約 \_\_\_\_\_ 分

乗り物は？（自家用車・電車・バス・タクシー・自転車・徒歩・その他）

③ 名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 自宅 ( ) \_\_\_\_\_

携帯電話 ( ) \_\_\_\_\_

職場 ( ) \_\_\_\_\_

○病院までの所要時間 約 \_\_\_\_\_ 分

乗り物は？（自家用車・電車・バス・タクシー・自転車・徒歩・その他）

※脳の病気は症状が急激に進行することがしばしばありますので、常時連絡できるようにお願いします。

※上記の連絡先への連絡が取れなかった場合は、家族へ説明なしに緊急時の治療を行う事もありますのでご了承ください。

記入者（ご家族） \_\_\_\_\_

入院前の生活状況についてお知らせください。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

1、日常生活はいかがでしたか？

- |                   |     |         |                |
|-------------------|-----|---------|----------------|
| ①普通生活             | できる | 一部介助    | 全介助            |
| ②食事は自分で取れていましたか？  | できる | 一部介助    | 全介助            |
| ③着替えは自分で出来ましたか？   | できる | 一部介助    | 全介助            |
| ④トイレ動作は自分で出来ましたか？ | できる | 一部介助    | 全介助            |
| ⑤排便はトイレで出来ましたか？   | できる | 時々失敗    | 全介助            |
| ⑥排尿はトイレで出来ましたか？   | できる | 時々失敗    | 全介助            |
| ⑦入浴は自分で出来ましたか？    | できる | 一部介助    | 全介助            |
| ⑧身だしなみは自分で出来ましたか？ | できる | 一部介助    | 全介助            |
| ⑨移乗動作は自分で出来ましたか？  | できる | 一部介助    | 座ってられる 座ってられない |
| ⑩歩行は自分で出来ましたか？    | できる | 一人介助で歩く | 車イスで移動 全介助     |
| ⑪階段昇降は自分で出来ましたか？  | できる | 一部介助    | 全介助            |
| ⑫認知症はありましたか？      | はい  | 一部問題    | いいえ            |

\*その他、気になることがありましたらお書き下さい

2、介護認定を受けていますか？

はい いいえ

①介護度を教えてください 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

②ショートステイ・デイサービスは利用していますか？ はい いいえ

③利用施設はどこですか？ 施設名 \_\_\_\_\_

④施設入所中 はい いいえ

施設名 \_\_\_\_\_

3、身体障害者手帳を持っていますか？

はい ( 級) いいえ

4、難病指定を受けていますか？

はい いいえ

病名 \_\_\_\_\_

5、利き手はどちらですか？

右 左

6、入れ歯はありますか？

はい いいえ

7、難聴はありますか？

はい いいえ

\*補聴器は使用していますか？

はい いいえ

8、現在の妊娠の有無

あり なし

9、喫煙

なし あり ( 本/日 年)

10、飲酒

なし 機会飲酒 習慣飲酒 ( 合/日)

11、身長・体重を教えてください。

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

12、入院前は仕事をしていたか？

はい いいえ 仕事 \_\_\_\_\_

13、病室入口の名前掲示は？

可 不可

14、病室訪問（面会など）の制限を希望する。

いいえ はい

記入者(ご家族) \_\_\_\_\_

1、今までにかかった病気についてご記入下さい。

病気	年齢	内服	通院している病院
高血圧	歳	無・有	
糖尿病	歳	無・有	
脂質異常症	歳	無・有	
心臓病	歳	無・有	
がん ( )	歳	無・有	
喘息	歳	無・有	
その他	歳	無・有	
	歳	無・有	
	歳	無・有	
	歳	無・有	
	歳	無・有	

2、手術歴についてご記入下さい。

病気	年齢	月日・手術名・病院	現在通院している病院	内服
	歳			無・有
	歳			無・有
	歳			無・有
	歳			無・有
	歳			無・有

3、輸血をしたことがありますか？

いいえ                      はい (                      歳)

4、お薬で湿疹など出たことがありますか？

はい                      いいえ      薬品名 \_\_\_\_\_

5、食物で湿疹などが出たことがありますか？

はい                      いいえ      食品名 \_\_\_\_\_

記入者(ご家族) \_\_\_\_\_

## 患者情報4

	質問	回答		
		はい	いいえ	わからない
1	判断力に問題がありますか(例:詐欺にかかった、買い物の判断ミスがあった、相手にとって適切ではない贈答品の購入した、など)	はい	いいえ	わからない
2	趣味や活動への興味がすくなくなりましたか	はい	いいえ	わからない
3	同じ質問、話し、説明を繰り返すことがありますか	はい	いいえ	わからない
4	道具や家電製品・機器の使い方を学ぶのが難しい事がありますか(例:ビデオデッキ、コンピュータ、電子レンジ、リモコンの使用など)	はい	いいえ	わからない
5	現在の正しい年・月を忘れる事はありますか	はい	いいえ	わからない
6	複雑な財産の取り扱いが難しいことがありますか(例:家計簿をつけること、税金を納めること、支払いをすることなど)	はい	いいえ	わからない
7	予約や約束(例:病院受診の予約など覚えておくのが難しいことがありますか)	はい	いいえ	わからない
8	理解力の低下や忘れ物がいつもありますか(たまにあるド忘れではなく、いつもみられますか)	はい	いいえ	わからない

2点以上で陽性