

おおぞら病院に入院される患者さんへ



おおぞら病院に入院されるにあたり、1日でも早く回復されるようお手伝いをさせていただきます。私たちスタッフは、患者様の入院までの状況をよく知った上で、看護・リハビリをしていきたいと思っています。

お手数ですが、わかる範囲でアンケートのご記入をして頂けたらと思います。

患者様氏名（ ） 生年月日（大・昭・平 年 月 日）

電話番号 自宅（ ） 携帯（ ）

1. 連絡先（連絡の優先順に記入をお願いします）

A. 氏名（ ） 続柄（ ） 自宅（ ）

住所（ ） 携帯（ ）

B. 氏名（ ） 続柄（ ） 自宅（ ）

住所（ ） 携帯（ ）

主に病気の説明を聞かれる方はどなたですか？（ A ・ B ）

主に入院中のお世話をされる方はどなたですか？（ A ・ B ）

2. アレルギーはありますか？ なし ・ あり → 薬（ ）

食品関係（ ）

その他（ ）

3. 今までの病気についてお尋ねします。

1) 今回の病気以外で、内服治療中のものや入院・手術など治療を受けた病気があれば教えてください。

枠が足りない方は、看護師に伝えてください。

歳		入院 ・ 手術 ・ 通院中（病院名）
歳		入院 ・ 手術 ・ 通院中（病院名）
歳		入院 ・ 手術 ・ 通院中（病院名）

2) 今、内服しているお薬はありますか？ はい ・ いいえ

はいの方 → 何のお薬かわかる範囲で記入して下さい。（ ）

どなたが管理されておりましたか？ 本人・家族（ ）・その他（ ）

3) 入院中に通院する予定の病院はありますか？ はい ・ いいえ

はいの方 →（ 月 日 病院名： 何科： ）

4. 現在気になる症状を教えてください。

（ ）

5. 今回の入院について、どのように説明を受けていますか？

（ ）

6. 3親等以内で心疾患・脳疾患・高血圧・糖尿病などの方はいますか。

（ ）

7. 宗教上でなにか注意することはありますか？ はい ・ いいえ

はいの方 → どのようなことですか？（ ）

9. 退院後の生活について、どのように考えていますか？

自宅 ・ その他 （例：施設・療養型病院など

）

10. 生活についてお尋ねします。（転院されて来られる方は、入院以前の状態を記入して下さい）

1) 食事について	①一日に3回お食事を食べますか？ はい ・ いいえ（ ）回/日 ②間食はしますか？ する ・ しない ③食べられないものはありますか？ はい（ ） ・ いいえ ④食事は自分で食べられますか？ はい ・ いいえ ⑤入れ歯はありますか？ はい ・ いいえ はいの方 → 上（全部 ・ 部分） 下（全部 ・ 部分）
2) 嗜好品について	①タバコは吸ったことがありますか？ はい（現在 ・ 過去） ・ いいえ 現在も喫煙している方 → 1日の喫煙本数は？（ 本 ） 何年間喫煙していますか？（ 年間 ） 過去に喫煙していた方 → 禁煙したのは何歳の時ですか？（ 歳 ） 何年間喫煙していましたか？（ 年間 ） 1日の喫煙本数は？（ 本 ） ②お酒は飲みますか？ はい ・ いいえ はいの方 → 頻度はどの位ですか？（ 毎日 ・ 回/週 ） 1回量はどの位ですか？（ ）
3) 排泄について	①1日の尿の回数を教えてください。（5回未満 ・ 5回以上 ・ 10回以上） ②便は毎日ありますか？ はい ・ いいえ（ 日に1回 ） ③トイレまで歩くことができますか？ はい ・ いいえ いいえの方 →（ 歩行器使用 ・ 車椅子使用 ・ 尿器使用 ・ オムツ ） 介助の程度はどれくらいですか？（ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ）
4) 睡眠について	①睡眠時間はどのくらいですか？（ 時 ～ 時 時間程度） ②眠剤などのお薬は使っていますか？ はい ・ いいえ はいの方 → お薬の名前を教えてください（ ） ③下記に当てはまるものがあれば○をつけてください （ いびき ・ 歯ぎしり ・ 寝言 ）
5) 身体の状態について	①耳は聞こえにくいですか？ はい（右 ・ 左 ・ 両方） ・ いいえ はいの方 → 補聴器はありますか？ はい（右 ・ 左） ・ いいえ ②目は見えにくいですか？ はい（右 ・ 左 ・ 両方） ・ いいえ 眼鏡はありますか？（ はい ・ いいえ ） ③麻痺はありますか？ はい（右手 ・ 右足 ・ 左手 ・ 左足） ・ いいえ 利き手はどちらですか？（ 右 ・ 左 ） ④認知症はありますか？ はい ・ いいえ
6) その他	①趣味（ ） ②性格（ ） ③職業（退職後の方は前職）（ ）

ご協力ありがとうございました。

おおぞら病院スタッフ一同