

## 入院される患者様・ご家族様へ

当院では、受け持ち看護師制度を導入しており、より深く情報を収集させていただき、看護に役立てるために、以下のご質問にお答えください。秘密厳守しますので、ご協力をお願いします。

患者名					記入者名					続柄		
第1連絡先	氏名				続柄			TEL				同居・別居
第2連絡先	氏名				続柄			TEL				同居・別居
普段(入院前)の食生活について どのような形態のものを食べていましたか？ (例:朝はパン、昼夕の主食はおかゆ、副食はキザミ)								<家族構成>				
好き嫌い	無	有		好きなもの								
				嫌いなもの								
食物アレルギー	無	有		食物名								
入れ歯	無	有		箇所			タバコ	無	有	本/日		年
病歴	無	有	S	年	病名	治療内容			手術	有・無		
		有	S	年	病名	治療内容			手術	有・無		
		有	S	年	病名	治療内容			手術	有・無		
薬アレルギー	無	有		薬品名など								
聞こえにくい症状がありますか？		無	有(右・左)		見えにくい症状がありますか？		無	有(右・左)				
移動	自立・一部介助・全介助			趣味								
食事	自立・一部介助・全介助											
更衣	自立・介助											
入浴	自立・介助											
排泄	トイレ・オムツ・はくパンツ											
介護保険の認定	無	有		介護度			期限					
ホームヘルパー デイケア 訪問看護の利用	無	有		内容								
				ケアマネ	事業所名	連絡先		担当者				
今回の入院について医師よりどのような説明を受けましたか？												
入院に対して希望することや心配なことをご記入ください。												
面会者の制限はありますか？				無・有( )								
病室・ベッドネームは付けていいですか？				はい・いいえ		記入日				担当看護師		