

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	
代理人		氏名					続柄			同居・別居	
		自宅					携帯				
第2連絡先		氏名					続柄			同居・別居	
		自宅					携帯				
主たる介護者はどなたですか？											
好き嫌い		無	有	好きなもの							
				嫌いなもの							
アルコール	無	有	合/日		タバコ	無	有	本/日	年		
食物アレルギー	無	有	食物名								
薬アレルギー	無	有	薬品名など								
病歴	無	歳	病名			治療内容			病院名		
		歳	病名			治療内容			病院名		
		歳	病名			治療内容			病院名		
		歳	病名			治療内容			病院名		
		歳	病名			治療内容			病院名		
		歳	病名			治療内容			病院名		
		歳	病名			治療内容			病院名		
補助具	義歯	無	有	上・下 / 総・部分			その他				
	杖	無	有	シルバーカー		無	有				
見えにくい症状がありますか？		無	有（右・左）			眼鏡		無	有		
聞こえにくい症状がありますか？		無	有（右・左）			補聴器		無	有		
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。											
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		