

5 病棟 患者様基本情報

氏名:	生年月日:	年齢:	身長:	体重:
-----	-------	-----	-----	-----

●緊急連絡先

	氏名	続柄	電話番号
①			
②			
③			

●身体的なこと

年齢	既往歴・骨折歴・手術歴	障害の有無(有りに○)	アレルギー
歳		視力	食事 ()
歳		聴力	薬剤 ()
歳		言語	その他 ()
歳		嚥下	
麻痺	無 有 (部位)		
拘縮	無 有 (部位)		
感染症	なし B型肝炎 C型肝炎 梅毒		

●入院理由

入院に至った経緯	家族構成

●本人のこと

趣味・得意なこと	
----------	--

かかりつけ医	()
現在内服中の薬	あり なし

介護認定	・受けてない	・要支援 (1 2)	・要介護 (1 2 3 4 5)
------	--------	--------------	--------------------

家庭での介護者	①	続柄:	②	続柄:
---------	---	-----	---	-----

●退院先について考えておられますか (はい ・ いいえ)

具体的に記入をお願いします

--

●睡眠

寝つき	良 不良	内服薬	あり なし
熟睡感	あり なし	睡眠時間	() 時間

●食事

食思	非常にある 普通 不振
好きな物	嫌いな物
内服	そのまま可能 粉にする 何かに混ぜる 拒否がある
どのような食事を食べていますか？ 例：おかゆ・ごはん・軟らかめに炊いた物 ()	

●排泄

排泄	布パンツ 紙パンツ オムツ
最終排便	月 日

●歯科 当院では毎週金曜日に歯科の往診があります

希望する	希望しない
義歯： 無	有(部位：)

※ポリデント購入について(当院の売店で代理購入可能)もしくは(その都度持参する)を選択してください

●散髪 当院では月に1回散髪ができます

希望する	希望しない
------	-------

●洗濯 私服が汚れた場合に300円で洗濯できます

希望する	希望しない
------	-------

●持ち物への名前の記入

可能	不可能
----	-----

●移動

移動手段	1人で歩行可能 不安定な歩行 歩行できない
補助具	使用していない 杖 歩行器 車椅子

●介助 下記の表の該当するところに○を記入してください

	自分でできる	介助が必要	全くできない
洗面・歯磨き			
食事			
入浴			
更衣			
排泄			

●おやつ購入について(本人希望時やごはんが食べられないときに)

購入可	不可
-----	----

●面会者について

制限なし	家族のみ	親戚	友人	その他()
------	------	----	----	--------

～今回の入院で不安なこと、疑問等あればご記入ください～