

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者： 本人 ・ 家族 ・ 他 (_____)

この用紙は退院後に廃棄させていただきます

「入院時調査用紙」 ご記入のお願い



入院されるにあたり、お体の状態や普段の生活のことをお聞かせいただき、入院中の医療サービスのための大切な情報として活用いたします。ご協力をお願いします。

ID: _____	フリガナ お名前: _____	男 ・ 女
身長 _____ cm	体重 _____ kg	年齢 () 歳
現在の居住場所: <input type="checkbox"/> 自宅 (一人暮らしの方→ <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 病院 ()	
<input type="checkbox"/> 施設 (施設名: _____)	TEL: _____	
ご本人携帯番号: _____	—	—

■ ご家族について記入してください (住まいが別の方も記入してください)。

氏名	年齢	続柄	住まい
			同居・別居
			同居・別居
			同居・別居

氏名	年齢	続柄	住まい
			同居・別居
			同居・別居
			同居・別居

■ 緊急時のご連絡先を2か所以上、優先順位で記入してください。

	氏名	続柄	住所	携帯/電話
①				
②				
③				

■ 入院前の生活で介護を必要としていましたか？

はい → 主に介護をしているのはどなたですか？

いいえ 配偶者 子 () 兄弟姉妹 () その他 ()

■ 病状説明内容や治療方針について相談する人はどなたですか？ (キーパーソンとなる人)

(_____ 続柄: _____)

■ 介護認定を受けていますか？

はい → 「はい」の方は、下記の内容を記入してください。

申請中

いいえ

介護状態区分	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)
ケアマネージャー氏名	
ケアマネージャー所属事務所	
受けているサービス	<input type="checkbox"/> ショートステイ ・ <input type="checkbox"/> デイサービス ・ <input type="checkbox"/> ヘルパー ・ <input type="checkbox"/> 介護用用品 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用中の訪問看護ステーション	

⇒裏ページに続きます。(用紙は全部で6ページです。現在1/6)

■ アレルギー症状をお持ちですか？

いいえ

はい → 「はい」の方は下記に記入してください。

<input type="checkbox"/> 喘息→ (<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 吸入 最終発作日：)	<input type="checkbox"/> 花粉症→ (<input type="checkbox"/> 内服あり)
<input type="checkbox"/> 薬 ()	<input type="checkbox"/> アルコール消毒 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 食べ物 ()	

■ 現在服薬中の薬はありますか？

あり → 「あり」の方は、お薬とお薬手帳などの説明用紙をご持参ください。

なし

■ かかりつけの医療機関名等について教えてください。

かかりつけ医療機関 ()

かかりつけ歯科医院 ()

かかりつけ薬局 ()

■ ご自身の健康管理について指示されていることはありますか？

はい → その内容を記入してください。

いいえ

<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 食事療法 ()	<input type="checkbox"/> 運動療法 ()
<input type="checkbox"/> その他 ()		

■ 信仰上、日常生活や医療行為などで制限があれば、その内容を記入してください。

なし

あり →

信仰の名称： 制限の内容：

■ 臓器提供に関する意思表示をされていますか？（免許証や保険証等に記入することができます）

はい

いいえ

■ 医師の説明を聞かれた方はどなたですか？

ご本人・ご家族 () ・ その他 ()

■ 今回の入院に関してどのような説明を受けましたか？病名・内容を記入してください。

--

■ 医師の説明を聞いてどのように感じましたか？疑問や不安なこと等、ご自由にご記入ください。

--

■ タバコは吸われますか？

- 現在、吸っている → その内容を記入してください。
 前は、吸っていたが禁煙した
 吸わない

() 歳～ () 歳まで
1日 () 本程度
禁煙指導を受けている → はい いいえ

■ お酒は飲まれますか？

- 飲む → その内容を記入してください。
 飲まない

頻度 : 毎日 ・ () 回/週
1日の飲酒量 : (例: 日本酒〇合)

>

■ 今までにされた病気やケガ、手術、先天的な病気、治療中の病気やケガを記入してください。

①手術を受けたことがありますか？

例) 60歳に心臓弁膜症手術、または、平成30年9月 白内障手術、子供のころ盲腸の手術 など

②その他の病気やケガについて

例) 50歳から高血圧で薬を飲んでいる、20代交通事故など

■ わかる範囲で、入院前に行っている処置内容について、該当するものを選んでください。

- 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 尿道カテーテル 自己導尿
 酸素療法 CPAP療法 人工呼吸器 気管切開の処置 人工肛門
 経管栄養 インシュリン注射 自己血糖測定
 疼痛調整 創部の処置 その他 ()

>

■ 最近体重の変化はありますか？

- あり → 「あり」の方はどのような変化がありましたか？
 いいえ

どれぐらいの期間 () で _____ kg 増えた・減った

■ 食欲はありますか？

- 食欲がない → 「食欲がない」方は、食欲を妨げている症状に○をしてください。
 食欲がある

吐き気 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 味覚異常
飲み込みにくい ・ 噛みにくい ・ その他 ()

⇒裏ページに続きます。(用紙は全部で6ページです。現在3/6)

■ 最近（直近3ヶ月ぐらい）の食生活について変化はありますか？

変化あり → 「あり」の方は、状況的に近いものに○をしてください。

変化なし

食事の摂取量が変わった（ 増えた・少し減った・半分以下に減った ）
食事の形態が変わった ・ その他（ ）

■ 入れ歯は使用していますか？

はい → 入れ歯の種類に○をしてください。

いいえ

部分義歯（ 上 ・ 下 ） 総義歯（ 上 ・ 下 ）

■ 排尿回数はおおよそ一日何回ぐらいですか？（夜間も含んでの回数をお答えください。）

（ _____ 回/日） そのうち、寝てから起きるまでの間の回数は？（ _____ 回）

■ 排尿に関する症状はありますか？

はい → その内容を記入してください。

いいえ

尿もれ ・ 尿が近い ・ 排尿時の痛み ・ 尿意がわからない
尿失禁 ・ その他（ ）

■ 普段の排便回数を教えてください。

（ _____ 日に _____ 回 ）

■ 便はどのような状態ですか？

ふつう ・ 硬い ・ 軟らかい ・ 泥状 ・ 水様 ・ 粘液状 ・ 不消化状態
黒色 ・ 血便 ・ その他（ ）

■ 下剤や浣腸をお使いですか？

はい → 種類に○をして、その使用頻度を記入してください。

いいえ

種類：下剤 ・ 浣腸使用頻度（ _____ ）

■ 普段の睡眠時間はどのくらいですか？

（ _____ ） 時頃 寝る ～ （ _____ ） 時頃 起きる：大体の睡眠時間 → （ _____ ） 時間

■ 睡眠薬・安定剤など服用していますか？

はい

いいえ

■ 手足に痛みやしびれはありますか？

はい → その内容を記入してください。

いいえ

部位：

■ 手足に麻痺はありますか？

はい → その内容を記入してください。

いいえ

部位：

■ 視力に問題はありますか？

はい → その内容を記入してください。

いいえ

近視 遠視 老眼 乱視 全盲 弱視 視野欠損
めがね使用 コンタクト使用

- 院内での転倒・転落防止のため、過去1ヶ月以内に該当する症状・項目について教えてください。

<input type="checkbox"/> 転倒したことがある。————→	その時期 ()
<input type="checkbox"/> ベッドなどから転落したことがある。————→	その時期 ()
<input type="checkbox"/> 失神・けいれん・脱力発作の経験がある。————→	その時期 ()

- 皮膚に床ずれ（褥瘡）がありますか？

<input type="checkbox"/> はい —————→	床ずれの部位 ()
<input type="checkbox"/> いいえ	行っている処置

- 自宅で床ずれ予防のためにエアーマット・ウレタンマットなどを使用していますか？

<input type="checkbox"/> はい —————→ マットの種類	
<input type="checkbox"/> いいえ	

- 女性の方にお伺いします。月経について記入してください。

月経：【 あり ・ なし 】
最終月経：() 月 () 日～ () 日間
月経周期：() 日型 ・ 不順
月経困難症：なし ・ 腹痛 ・ 腰痛 ・ 頭痛 ・ 疲労感 ・ 不安感 ・ その他 ()

- 入院に際して伝えておきたいことがあれば、自由にご記入ください。

--

以上です。ご協力ありがとうございました。(用紙は全部で6ページです。現在6 / 6)

本用紙は患者支援センタースタッフにお渡しください。緊急入院時には病棟スタッフにお渡しください。

★ここからは、看護師による聞き取りの質問内容です。

■ 日常生活自立度

<input type="checkbox"/> 交通機関を利用して外出する	J 1
<input type="checkbox"/> 隣近所なら外出する	J 2
<input type="checkbox"/> 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する	A 1
<input type="checkbox"/> 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	A 2
<input type="checkbox"/> 車椅子に移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う	B 1
<input type="checkbox"/> 介助により車椅子に移乗する	B 2
<input type="checkbox"/> 自力で寝返りをうつ	C 1
<input type="checkbox"/> 自力では寝返りもうたない	C 2

■ 皮膚の脆弱性の評価→+P6 の回答内容

病的骨突出	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
間接拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
栄養状態低下	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
スキンテアの保有、既往	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

■ せん妄アセスメント

● せん妄ハイリスク因子

70 歳以上	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
せん妄既往	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
脳器質性疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
認知症あるいは認知機能低下（認知症高齢者自立度Ⅲ以上）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
アルコール多飲（休肝日を含む1日平均、日本酒3合・ビール500ml×3本以上・ワイングラス(120ml)×3杯・25度焼酎300ml）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
ベンゾジアゼピン系薬剤の内服	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
担癌（治療を終了しているものを除く）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
集中治療領域入室	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他、ハイリスクと考える場合	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

● せん妄ハイリスク

- あり（ハイリスク因子で1つ以上該当あり）
なし

■ 嚥下状態の評価 P5 の回答内容を踏まえ、嚥下状態の低下を認める場合に評価。

誤嚥性肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
食べ物の飲み込みにくさがある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
お茶など液体を飲むときにむせる	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
喉に食べ物が残ることや残っている感じがする	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
食事中・食後、それ以外に喉がゴロゴロすることがある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
口から食べ物がこぼれることがある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
口の中の食べ物が残ることがある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
食べるのが遅くなった	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

