

看護基礎情報用紙 (成人用)

記載日 年 月 日

入院されるにあたり、あなたのお体の状態や普段の生活のことをお教え下さい。入院生活の参考にさせていただきます。ご記入時、わかりにくいところ、お答えしたくないところは空白のままお持ち下さい。

黒いボールペンで該当する項目を○で囲むか、該当事項をご記入の上、ご持参下さい。

患者さまのお名前 (ふりがな)		記入者 (ご本人以外が記入された場合)	
様	歳	お名前	様 続柄 ()
入院中の 連絡先	① 氏名	続柄 ()	固定電話番号.....
	住所		携帯電話番号.....
	電話: 昼間 (自宅・職場)	()	夜間 (自宅・職場)
	② 氏名	続柄 ()	固定電話番号.....
	住所		携帯電話番号.....
	電話: 昼間 (自宅・職場)	()	夜間 (自宅・職場)
現在、通院している、または、通院はしていないが過去にかかった病気を、下記にすべてご記入下さい。 病名とお薬の有無をご記入の上、 <u>入院当日は薬と薬手帳をご持参下さい</u> また、薬を管理している人はどなたですか～ 本人 ・ 家族 (続柄) ・ その他 ()			
年齢又は西暦	病名	病院名	薬
①			有 ・ 無
②			有 ・ 無
③			有 ・ 無
④			有 ・ 無
医師から病気の説明をどのように聞いていますか (ご自分の言葉でかまいません)			
入院中に医師の説明を受ける家族の方はどなたですか (氏名 続柄) 連絡先の①②以外の方は、連絡先をご記入下さい (電話番号)			
アレルギーについて	無 ・ 有 (薬: 食品: その他:)		
たばこについて	吸わない・吸う: 本/日 () 歳 ~ () 歳 吸うのをやめた: 過去の喫煙期間 本/日 () 歳 ~ () 歳		
お酒について	飲まない・やめた 毎日飲む・時々飲む・付き合い程度飲む: 種類・量 (を ml)		
健康のために何か習慣にしている事はありますか ()			
定期的な健康診断は (受けている・受けていない)、			
医療者から健康に関する指導を受けたことは有りますか (無 ・ 有 : 内容)			
身長 () cm ・ 体重 () kg ・ 最近の体重の変化 (有 ・ 無)			
食事について	食事の回数 () 回/日 食欲 (有 ・ 無) 味付け (濃い・普通・薄い)		
	朝食 () 時、 昼食 () 時、 夕食 () 時、		
	食事を作る人は (本人 ・ 妻 ・ 母親 ・ その他)		
	食事の形態 主食: ご飯・お粥・パン・流動食・その他 () 副食: 常菜・きざみ・ミキサー食・その他 ()		
	食べられない物が有る場合はご記入ください () 治療食を摂っている方は、その内容をご記入ください () キロカロリー ・ 塩分 () g ・ タンパク () g ・ その他 ()		
入れ歯は使用されていますか	いいえ はい : 総義歯 ・ 部分義歯 (上・下) ・ 噛み具合 (良い ・ 悪い)		

裏面の記載もお願い致します

排泄方法	一人で出来る 介助が必要： トイレ・ポータブルトイレ・尿器・便器・オムツ・その他（ ）	
排尿について	1日に（ ）回 そのうち寝てから（ ）回	
排便について	1日に（ ）回 下剤を使用されていますか（ はい ・ いいえ）	
排尿・排便で困っていることはありますか	いいえ ・ はい（ ）	
生活状況について	自分のことは自分で出来ますか（ はい ・ 全て介助が必要 ・ 一部介助が必要 ） 介助が必要なこと： 食事 ・ トイレ ・ 入浴 ・ 着替え ・ その他（ ）	
歯磨き	起床時・朝食時・昼食時・夕食時・就寝時 / 自分で行う・介助が必要	
入浴・シャワー	毎日 ・ 2～3日おき ・ 1週間に1回 / 一人で入る ・ 介助が必要	
洗髪	毎日 ・ 2～3日おき ・ 1週間に1回 / 一人で行う ・ 介助が必要	
移動	自力歩行 ・ 杖歩行 ・ シルバーカー（手押し車） 車いす ・ 寝台車（ストレッチャー）	
余暇	趣味や娯楽（ ）	
1日の過ごし方	起床（ ）時 ・ 就寝（ ）時 ・ 出勤～帰宅（ ）時 ～（ ）時	
手足が不自由	いいえ ・ はい / 装具を使用：義肢・義足・その他（ ） 麻痺・しびれの部位：	
目が見えづらい	いいえ ・ はい / 眼鏡・コンタクトレンズ・その他（ ）	
耳が聞こえづらい	いいえ ・ はい / 補聴器・手話・筆談・その他（ ）	
話ができない	いいえ ・ はい / 手話・筆談・その他（ ）	
よく眠れますか	はい ・ いいえ（ 寝付きが悪い・眠りが浅い・薬を使用している ）	
入院に際し、困ること・心配なこと・要望がありましたらご記入ください。 例) いびきがある・固い物が食べられない・病気のこと・耳が遠いので説明が聞こえるか心配など		
どのような仕事をされていますか（ ） 現在仕事をされていない方は、以前の仕事をさしつかえなければご記入ください （ ）		
家族構成について	同居のご家族	夫・妻・父・母・息子（ ）人・娘（ ）人・孫（ ）人・その他
	同居以外のご家族	夫・妻・父・母・子供（ ）人・兄弟姉妹（ ）人
	一人暮らし	
入院中に協力してもらえらる方はどなたですか	氏名（ ） 続柄（ ）	
入所されている方へ	施設名：	
介護保険について	介護認定を（ 受けている ・ 受けていない） 受けている方：介護度（ 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 ） 担当ケアマネージャー（ 氏名 事業所名 ） 利用しているサービス（ 訪問看護・デイサービス・デイケア・ショートステイ・その他 ）	
入院中も継続したい習慣や、宗教上大切にしていることはありますか 有（ ）・ 無		
最後に、今後医療者から受ける病状等の説明についてご希望をお聞かせください ◎ あなた（患者様ご自身）は、 <u>病気</u> の説明を詳しく受けたいですか はい ・ いいえ（その理由： ） ◎ あなた（患者様ご自身）は、 <u>病状</u> の説明を詳しく受けたいですか はい ・ いいえ（その理由： ） ◎ 医療者からの説明等に同席してもらいたい方はどなたか、ご記入ください （ ）		

お答え頂いた内容につきましては、利用目的以外に使用しないことをお約束致します。

ありがとうございました。

北見赤十字病院 改定 H29年1月 5日