

入院される患者さまへ

氏名

様

患者さまの入院生活を支援させていただくために、個人情報に関する質問をさせていただきます。
ご記入に際し不明な箇所があれば看護師にお尋ねください。また、お答えにくい箇所は空欄でも結構です。入院時に病棟看護師にお渡しください。

記載日 年 月 日

1. 緊急連絡先

①氏名	様	続柄	TEL	()
②氏名	様	続柄	TEL	()

2. 主に身の回りのお世話をされている方はどなたですか？

氏名	様	続柄	TEL	()
----	---	----	-----	-----

3. 今回の病気や治療について、医師からどのような説明を受けていますか？

4. 今までかかった病気・手術などがあればお書きください。

年齢	病名	治療・手術・入院	医院・病院
例) 45才	高血圧	内服のみ	〇〇医院

※ 書ききれない場合は欄外にご記入ください

5. 当院以外でもらっているお薬（服用中のお薬、点眼、インシュリン注射など）は、ありますか？

- ・なし
- ・あり

ありの場合は下記に、お薬の名前をお書きください。※お薬手帳をお持ちでしたらご持参ください。

6. アレルギーや過敏体質といわれた事がありますか？

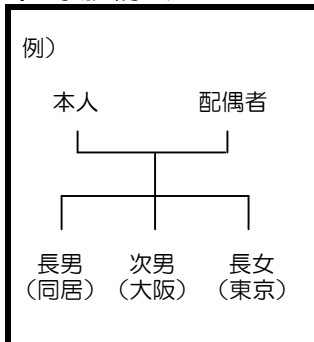
(例) 湿布かぶれ・さば・アルコール綿花による発赤など

お薬	食べ物	その他
・なし	・なし	・なし
・あり ()	・あり ()	・あり ()

7. 喫煙・飲酒についておたずねします。

喫煙	・吸っている（1日約 本） 喫煙歴（ 年） ・吸わない	飲酒	・飲む ・飲まない
	・過去に吸っていた（ 歳頃まで）（1日約 本） 喫煙歴（ 年）		

8. 家族構成についておたずねします。



左の図を参考に、ご自身の現在の状況を、右のワク内にご記入ください。

9. 介護認定を受けていますか？

・はい	事業所名 () 担当ケアマネージャー ()
	介護度 要支援1 ・ 要支援2 ・ 経過的要介護 ・ 要介護1 ・ 要介護2 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
・申請中	
・いいえ	