

## 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											
第1連絡先		氏名				続柄				TEL				同居・別居							
第2連絡先		氏名				続柄				TEL				同居・別居							
普段(入院前)の食生活について どのような形態のものを食べていましたか？ (例:朝はパン、昼夕の主食はおかず、副食はキザミ)										<家族構成>											
好き嫌い		無		有		好きなもの															
						嫌いなもの															
食物アレルギー		無		有		食物名															
入れ歯		無		有		箇所				タバコ		無		有		本/日		年			
病歴		無		有		S H		年		病名				治療内容				手術		有・無	
				有		S H		年		病名				治療内容				手術		有・無	
				有		S H		年		病名				治療内容				手術		有・無	
薬アレルギー		無		有		薬品名など															
聞こえにくい症状がありますか？				無		有(右・左)				見えにくい症状がありますか？				無		有(右・左)					
移動		自立・一部介助・全介助						趣味													
食事		自立・一部介助・全介助																			
更衣		自立・介助																			
入浴		自立・介助																			
排泄		トイレ・オムツ・はくパンツ																			
介護保険の認定		無		有		介護度				期限											
ホームヘルパー デイケア 訪問看護の利用		無		有		内容															
						ケアマネ		事業所名		連絡先		担当者									
今回の入院について医師よりどのような説明を受けましたか？																					
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。																					
面会者の制限はありますか？						無・有( )															
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									