

入院時間診票

この問診票は、患者様の入院前の状況を知る事で、入院中の診療や看護に役立てる事を目的としています。記入後は入院の際、受付に他の書類と一緒にお渡し下さい。また、本問診票は個人情報保護上、取り扱いを厳重に行います。ご協力の程、宜しくお願いいたします。

フリガナ

氏名：

年齢：

職業：（現在）

（過去）

・連絡先を記入して下さい。※2名以上の記入をお願いいたします。

	氏名	続柄	電話番号	職場名と職場の電話番号
1				
2				
3				

・今までに重い病気やケガ・手術・入院の経験はありますか？ はい いいえ

※【はい】にチェックをいれた方へお尋ねします。

発症年齢と病名、どこでどのような治療をしたか教えて下さい。

例) 54歳

白内障（右目）

手術

〇〇眼科クリニック

年齢	病名	治療内容	病院名

・今回の入院までの経過を教えてください。いつ頃から、どのような症状がでましたか？

〔 〕

・今回の入院治療についてどのように説明を受けましたか？

本人 〔 〕

家族 〔 〕

・輸血を受けた事がありますか？ はい いいえ

排泄についてお尋ねします

- ・ 1日の排尿回数を教えてください。 回/日

- ・ 夜寝てから、トイレに起きますか？ はい (回) いいえ

- ・ 排便は何日に何回くらいありますか？ (回/ 日)

- ・ 排泄方法を教えてください。
洋式トイレ 和式トイレ ポータブルトイレ 尿器 便器 オムツ
人口肛門 人口膀胱 自己導尿 排尿カテーテル留置 その他

- ・ 排尿でお困りのことはありますか？
排尿時痛 尿が出にくい 残尿感 頻尿 失禁 (時々 いつも)
血尿 その他 ()

- ・ 便秘をしますか？ はい いいえ

- ・ 排便の調節でお薬を使用している場合は、お薬の名前を教えてください。
下剤 浣腸 座薬 下痢止め その他 ()
お薬の名前 ()

- ・ 便の性状を教えてください。
下痢 軟便 普通便 硬い便 血便 黒色便 粘液便
その他 ()

1日の過ごし方を教えてください 記入例：起床 食事 入浴etc

0:00		6:00		12:00		18:00	
1:00		7:00		13:00		19:00	
2:00		8:00		14:00		20:00	
3:00		9:00		15:00		21:00	
4:00		10:00		16:00		22:00	
5:00		11:00		17:00		23:00	

家族・居住環境についてお聞きします

家族構成を教えてください。

父	(健・亡)	歳
母	(健・亡)	歳
兄弟姉妹 () 人、あなたは () 番		
配偶者	有 (健・亡) ・無	
子	有 (人) ・無	

同居されている方を記入して下さい。

氏名	年齢	続柄
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	

・ 一番頼りにしている人は誰ですか？ 名前：

続柄：

・ 入院中お世話をしてくれるのは誰ですか？ 名前：

続柄：

・ 親兄弟・お子さんで大きな病気をされた方がいますか？ (亡くなった方も含む)
(例：父が心臓病)

・ 居住環境を教えてください。

- 持ち家 () 階建て 借家 アパート () 階 マンション () 階
 エレベータあり 階段あり

・ 信仰している宗教はありますか？ はい いいえ

信仰されている宗教において、入院生活、検査か治療に配慮する点がございましたら、ご記入ください。

()

・ 趣味や特技がありますか？ はい () いいえ

今回の入院についてお聞きします

- ・入院に際し、心配なことがありますか？ はい いいえ

- ・入院に際し、配慮してほしいことがありますか？ はい いいえ

- ・現在使用している社会資源はありますか？ はい いいえ

ケアマネージャ氏名：

氏 事業所名：

- 訪問介護 回/週 訪問入浴 回/週 訪問看護 回/週
訪問リハビリ 回/週 デイケア 回/週
デイサービス 回/週 その他（ ）

- ・障害手帳をお持ちですか？ はい（ 級） いいえ

- ・介護認定を受けていますか？ はい いいえ

（要支援1・要支援2 / 要介護1・2・3・4・5）

認定期間（ 年 月頃 ～ 年 月頃）

ご協力ありがとうございました。大分循環器病院 看護部

アレルギーに関する問診票

医療法人輝心会 大分循環器病院

氏名： 様

1、薬物アレルギーはありますか？

※特定の薬物を内服後に、気分不快等の症状や皮膚粘膜に症状を生じたもの

なし あり ⇒薬品名 () 症状 ()

※特定の薬物を注射後に、気分不快等の症状や皮膚粘膜に症状を生じたもの

なし あり ⇒薬品名 () 症状 ()

2-①、以下の食べ物に対して、アレルギーがある場合、当てはまるものに☑をつけてください。

※摂取した後に、口の中やのどに異常（イガイガ感やしびれ感など）がでたり、蕁麻疹や発赤を生じたもの

<input type="checkbox"/> キウイ	<input type="checkbox"/> 栗	<input type="checkbox"/> バナナ	<input type="checkbox"/> アボガド	<input type="checkbox"/> ジャがいも	<input type="checkbox"/> たけのこ	<input type="checkbox"/> にんじん
<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> そば	<input type="checkbox"/> トマト	<input type="checkbox"/> ピーマン	<input type="checkbox"/> レタス	<input type="checkbox"/> リンゴ	<input type="checkbox"/> 桃
<input type="checkbox"/> びわ	<input type="checkbox"/> いちじく	<input type="checkbox"/> スイカ	<input type="checkbox"/> いちご	<input type="checkbox"/> パイナップル	<input type="checkbox"/> メロン	<input type="checkbox"/> マンゴー
<input type="checkbox"/> 西洋梨	<input type="checkbox"/> パパイア	<input type="checkbox"/> くるみ	<input type="checkbox"/> アーモンド			
<input type="checkbox"/> その他 ()						

症状 ()

2-②、上記の食べ物以外で、アレルギーはありますか？（例：卵・さば・・・など）

なし あり ⇒何で ()
症状 ()

3、以下のものに対してアレルギーはありますか？

①アルコール（飲酒・皮膚消毒）で発赤や腫れあがる、かゆみ等の症状が出たことがありますか？

なし あり ⇒症状 ()

②金属（指輪・ネックレスなど）で発赤や腫れあがる、かゆみ等の症状が出たことがありますか？

なし あり ⇒症状 ()

③ゴム製品（ゴム手袋・輪ゴムなど）で発赤や腫れあがる、かゆみ等の症状が出たことがありますか？

なし あり ⇒症状 ()

4、アレルギー性疾患（花粉症・アレルギー性鼻炎・気管支喘息・アトピー性皮膚炎・接触性皮膚炎・寒冷蕁麻疹など）がありますか？

なし あり ⇒症状 ()

5、その他のアレルギーはありますか？（例：動物（ネコ・イヌなど）、ハウスダストなど）

なし あり ⇒何で ()
症状 ()

6、ご家族（血縁関係のある方）にアレルギーがある方はいますか？

なし あり ⇒ご関係を記入してください ()

担当医師 ()

確認看護師 ()