

入院時調査票（表）

この調査票は、患者様の入院前の状況を知ること、入院中の診療や看護に役立てることを目的としています。ご協力をお願いいたします。

【成人用】両面ご記入ください

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名	男 ・ 女	生年月日 T S H 年 月 日 歳
------------	-------------	-----------------------

住所 〒	身長	体重
電話 (自宅) (携帯)	cm	kg

【入院日が12月～3月の場合は、下記をご記入ください】

●インフルエンザの予防接種はうけましたか はい・いいえ ⇒ 年 月 日(頃)接種
「はい」の方は、直近の予防接種日をご記入ください

今までのけがや病気をご記入ください ※下記項目は、該当する欄に○をご記入ください

年齢	病名	内服	入院	手術	麻酔	輸血	かかりつけ医

該当項目について○または内容をご記入ください

食事療法	水分制限	塩分制限	カロリー制限	その他			
あり・なし	ml/日	g/日	kcal/日				
疾患	高血圧 喘息 心臓 腎臓 肝臓 糖尿病 緑内障 白内障 結核 前立腺肥大						
薬剤アレルギー	(薬剤名)						
あり・なし							
アレルギー性鼻炎	ハウスダスト ダニ 猫 犬 ハムスター ブタクサ スギ その他 ()						
あり・なし							
食物アレルギー	牛乳 たまご 魚類 肉類 貝類 エビ・カニ ナッツ そば 大豆 その他 ()						
あり・なし							
喫煙歴	開始年齢	終了年齢	本数				
あり・なし	歳	歳	本/日				
飲酒歴	開始年齢	終了年齢	ビール	日本酒	ワイン	焼酎	その他
あり・なし	歳	歳	/日	/日	/日	/日	

2018.02

入院時調査票（裏）

日常生活や身体状況について *当てはまるものに○を /部分には 日付をご記入ください	食事	自立 介助 一部介助	入浴	自立 介助 一部介助	洗面	自立 介助 一部介助	着替え	自立 介助 一部介助	
	平地歩行	自立 介助 一部介助	階段	自立 介助 一部介助					
	排尿	自立 介助 一部介助	回数 回/日	最終排便 /	排便	自立 介助 一部介助	回数 回/日	最終排便 /	
介護認定	あり なし	介護担当事業所名 () ケアマネージャー ()							
介護度	()	サービスの内容							
家族構成 親・兄弟・ 子供に ついて ご記入 ください ※同居者 など含む	氏名	年齢	続柄	生・死	同居・別居	備考（疾患・居住地等）			
				生・死	同居・別居				
				生・死	同居・別居				
				生・死	同居・別居				
				生・死	同居・別居				
				生・死	同居・別居				
キ-パーソン	氏名	続柄	身辺の世話人		氏名	続柄			
※キ-パーソンとは、患者本人が意志決定ができない場合（想定含む）に、病状などを把握してもらう人、意志決定してもらう人 を指します									
緊急 連絡先 ①	フリガナ：								
	氏名：					電話：			
	続柄：					携帯：			
緊急 連絡先 ②	フリガナ：								
	氏名：					電話：			
	続柄：					携帯：			
治療における 宗教上の制約	あり・なし	内容							
今回の入院に対して 医師からどのような 説明を受けましたか									
説明に対して 不明点や疑問な点が ありますか									
記入者	続柄						確認者サイン(NS)		
		成田赤十字病院 Japanese Red Cross Society Narita Hospital							