

入院時調査票《記入例・表》

例を参考にして○つけまたはご記入ください。

【成人用】両面ご記入ください

記入日 ××年 12月 7日

フリガナ 氏名	ナリタ タロウ 成田 太郎	性別 男・女	生年月日	T [Ⓢ] H 22年 12月 3日 70歳			
住所	〒286-8523 成田市飯田町90-1						
電話 (自宅)	0476-22-2311	(携帯)	090-1234-△△△△	身長	168 cm	体重	70 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 <input checked="" type="radio"/> はい・いいえ ⇒ 29年11月初旬日(頃)接種 <small>「はい」の方は、直近の予防接種日をご記入ください</small>							
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
43	胃潰瘍	○	○			○	○○医院
52	大腿骨骨折		○	○	○		日赤病院
52	糖尿病		○				△△医院
[過去に入院・治療した病気やケガ][現在治療中の病気]をご記入ください かかりつけ医があれば、必ずご記入ください							
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			
<input checked="" type="radio"/> あり・なし	600 ml/日	6 g/日	1200 kcal/日				
疾患	<input checked="" type="radio"/> あり・なし <input checked="" type="radio"/> 高血圧 喘息 <input checked="" type="radio"/> 心臓 腎臓 肝臓 <input checked="" type="radio"/> 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) <input checked="" type="radio"/> あり・ <input checked="" type="radio"/> なし						
アレルギー性鼻炎	ハウスダスト <input checked="" type="radio"/> ダニ 猫 犬 ハムスター ブタクサ <input checked="" type="radio"/> その他 ()						
食物アレルギー	<input checked="" type="radio"/> あり・ <input checked="" type="radio"/> なし 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 ()						
喫煙歴	開始年齢	終了年齢	本数				
<input checked="" type="radio"/> あり・なし	21 歳	56 歳	10 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
<input checked="" type="radio"/> あり・ <input checked="" type="radio"/> なし	歳	歳	/日	/日	/日	/日	

裏面へ 

入院時調査票《記入例・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	<input checked="" type="radio"/> 自立 介助 一部介助	入浴	<input checked="" type="radio"/> 自立 介助 一部介助	洗面	<input checked="" type="radio"/> 自立 介助 一部介助	着替え	<input checked="" type="radio"/> 自立 介助 一部介助
	平地 歩行	<input checked="" type="radio"/> 自立 介助 一部介助	階段	<input checked="" type="radio"/> 自立 介助 一部介助	最終排尿・排便欄には、日付を ご記入ください			
	排尿	<input checked="" type="radio"/> 自立 介助 一部介助	回数 7 回/日	最終排尿 12/7	排便	<input checked="" type="radio"/> 自立 介助 一部介助	回数 2 回/1日	最終排便 12/7

介護認定 なし 介護担当事業所名 (ｲﾝﾀｰﾈｯｼﾞ) ケアマネージャー (日赤 花子)

介護度 (要介護2) 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)
	成田 幸子	92	母	<input checked="" type="radio"/> 生 <input checked="" type="radio"/> 死	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	
	成田 花子	65	妻	<input checked="" type="radio"/> 生 <input checked="" type="radio"/> 死	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	
	成田 一郎	40	長男	<input checked="" type="radio"/> 生 <input checked="" type="radio"/> 死	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	
	成田 泰子	38	長男嫁	<input checked="" type="radio"/> 生 <input checked="" type="radio"/> 死	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	
	成田 香織	10	孫	<input checked="" type="radio"/> 生 <input checked="" type="radio"/> 死	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	
	成田 二郎	60	弟	<input checked="" type="radio"/> 生 <input checked="" type="radio"/> 死	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居	千葉県船橋市

キーパーソン	氏名 成田 一郎	続柄 長男	身辺の世話人	氏名 成田 花子	続柄 妻
--------	-------------	----------	--------	-------------	---------

※キーパーソンとは、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、意志決定をもらう人 を指します

緊急 連絡先 ①	フリガナ:	ナリタ ｲｯｼﾞ	
	氏名:	成田 一郎	電話: 0476-11-△△△△
	続柄:	長男	携帯: 070-2111-△△△△

緊急 連絡先 ②	フリガナ:	ナリタ ｻｲｼ	
	氏名:	成田 泰子	電話: 同上
	続柄:	長男嫁	携帯: 080-2111-△△△△

治療における 宗教上の制約	あり <input checked="" type="radio"/> 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

説明で理解できた範囲でご記入ください

説明に対して
不明点や疑問な点があり
ますか

遠慮せず、ご記入ください

記入者	続柄	成田赤十字病院 Japanese Red Cross Society Narita Hospital	確認者サイン(Ns)
成田 花子	妻		