

看 護 予 診 票

患者さんについてお聞かせください。

下記の内容について記入、または○で囲んでください。

ふりがな		明・大 昭・平	年 月 日生 歳
氏 名			
住 所	自宅 ☎ - -		職業
連 絡 先	主たる 責任者	①氏名 続柄() ☎ - -	昼・夜 自宅・会社()
		②氏名 続柄() ☎ - -	昼・夜 自宅・会社()
		③氏名 続柄() ☎ - -	昼・夜 自宅・会社()
介 護 申 請	未 ・ 中 ・ 済	介 護 度	要 支 援 (1 ・ 2) 要 介 護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
ケ ア マ ネ	無 ・ 有	担 当 者	
入院前の在宅医療	無 ・ 有 (当院 ・ 他施設) ・ 不明		
障 害 者 手 帳	無 ・ 有 (級) ・ 申 請 中		
<p>1. 家族についてお書き下さい。</p> <p>①同居者は赤い円で囲んで下さい。</p> <p>②直接介護を担当される方に○をつけて下さい。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>兄弟</p> <p>父 □</p> <p>母 ○</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>子供</p> <p>本人</p> <p>配偶者</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>孫</p> </div> </div>			
<p>2. 今回はいつ頃から、どのような症状がありましたか。</p>			

裏面あり。記入お願いいたします。

3. 今までにかかった病気や手術をお書き下さい。			
いつごろ	病名	病院名	入院期間
4. アレルギーのある方はお書き下さい。			
くすり→無()			
食べ物→無・有()			
絆創膏・貼り薬→無・有()			
その他→()			
5. 通常の日常生活状況			
食 事	種 類: 普通 ・ 全粥 ・ 重湯 ・ 流動 嫌いなもの()		
嗜好品	酒 類: 日本酒 ・ ビール /日 タバコ: 本/日 ・ 喫煙年数 年		
排 尿	障害→無 ・ 有 回/日		
排 便	便秘 ・ 軟便 下痢→無 ・ 有(薬名) 最終排便日(/ 多 ・ 少)		
睡 眠	良眠・不眠 睡眠薬()		
月 経	無 ・ 有 閉経(歳)	妊 娠	無 ・ 有 ・ 不明
入れ歯	無 ・ 有 (総入れ歯 ・ 部分) 上 ・ 下		
難 聴	無 ・ 有 (補聴器:無 ・ 有) 右 ・ 左		
視 力 矯 正	無 ・ 有 (コンタクト ・ メガネ)		
食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ オムツ		
歩 行	自立 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ 不可		
入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
車椅子 移 動	自力可 ・ 一部介助 ・ 全介助		
持参品	杖 ・ 車椅子 ・ 装具 その他()		
床ずれ	無 ・ 有 部位()		
6. 現在使用している薬はありますか。 有: 飲み薬・軟膏・湿布			
無			