

# 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			年 月 日 生 歳
氏名	戸籍の字で記載しふりがなをふって下さい	明・大 昭・平	
住所	県内の方は〇〇市 県外の方は〇〇県からお書き下さい		職業
連絡先	主たる責任者	①氏名 続柄( ) 主な連絡先をお書き下さい	昼・夜 自宅・会社( )
		②氏名 続柄( ) 必ず連絡の取れる方を優先して2箇所お書き下さい	昼・夜 自宅・会社( )
		③氏名 続柄( )	昼・夜 自宅・会社( )
介護申請	<input checked="" type="radio"/> 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。 ①同居者は赤い円で囲んで下さい。 ②直接介護を担当される方に○をつけて下さい。</p> <p style="text-align: right;">□:男性 ○:女性 死亡の場合は塗つぶして下さい</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>兄弟</p> <p>父□</p> <p>母○</p> <p>□○○才</p> <p>●○○才</p> <p>××才</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>子供</p> <p>本人</p> <p>配偶者</p> <p>□○○才</p> <p>●○○才</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>孫</p> <p>○○○才</p> <p>□○○才</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> <p>〇〇頃より××の症状あり。薬を飲んだが良くならない……など簡単に記載して下さい</p>			

介護度をお持ちの方はお書きください

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
〇〇才 又は 平成〇〇年	高血圧 糖尿病 盲腸で手術など	〇〇病院 ××病院 △△病院など入院の 場合は病院名の後に 「入院」と入れて下さい	〇年〇月〇日～〇日間
4.アレルギーのある方はお書き下さい。			
くすり→無(アレルギーのある方は解る範囲で、原因となるものを全てお書きください)			
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 丸をつけその他は、分かる範囲でお書き下さい			
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			
分かる範囲で薬の名前をお書き下さい			
分からない場合は血圧の薬や痛み止めなどでも結構です			
当院で出された薬は、「榛名荘からの薬」だけでも結構です			
無			