

## 【入院時間診票】 ご入院される患者さん・ご家族の方へ

この問診票は、患者さんの入院前(在宅)の状況を知ること、入院中の診療や看護・リハビリ訓練に役立てることを目的としています。転院までにご記入いただき、神戸リハビリテーション病院入院時にご持参ください。これらの情報は目的以外には使用いたしません。

ご協力をお願いいたします。□にはレ点を記入してください。

### 1 患者さんの名前：

住所：

TEL

### 2 緊急連絡先（24時間連絡可能な2か所）

- |      |    |      |
|------|----|------|
| ① 氏名 | 続柄 | 電話番号 |
| ② 氏名 | 続柄 | 電話番号 |

### 3 入院・治療の説明を受ける主な家族

氏名 続柄

### 4 家族構成について（患者さんを中心に）

#### ① ご両親は健在ですか？

・父（□はい □いいえ） 歳 《死亡理由（ ）》

・母（□はい □いいえ） 歳 《死亡理由（ ）》

#### ② 配偶者 □あり（氏名 ，年齢 歳） □なし

#### ③ 兄弟・姉妹 □あり（例：兄、自分、妹）〔 〕 □なし

#### ④ 子供 □あり（例 28 歳（長女） 25 歳（次女） 20 歳（長男） □なし 〔 〕

#### ⑤ 同居されている方（例：妻 55 歳、次女 25 歳） 〔 〕

#### ⑥ 家庭での役割（例：孫の世話、自治会の役員、大黒柱・・・等） 〔 〕

#### ⑦ 主な介護者： 様、( )歳、

・介護の負担：□あり □なし

・関係：□配偶者 □子供 □母親 □父親 □兄弟 □友人 □その他

・介護者を支える人：□あり □なし

介護者の健康状態は如何ですか□良い □悪い： □不安がある

・入院で生じる心配事・困り事があればご記入下さい。

5 今回のご入院にあたり、いつから、どんな症状がありましたか？簡単にご記入ください。

[ ]

6 食べ物・薬剤などのアレルギーはありますか？

- ・食べ物 あり ( ) なし
- ・薬剤 あり ( ) なし
- ・その他 ( )

7 ケガや病気で通院や入院をしたことがありますか？

あり 〈例：14歳の時に虫垂炎で手術。56歳から高血圧で内服通院中〉 なし

歳

歳

歳

歳

\*受診予約 無・有 ( 月 日 病院名： 科)

かかりつけ医からのお薬の処方があれば入院時にご持参ください

8 生活習慣について

- ①たばこ 吸わない 吸う ( 歳から1日 本)  
以前吸っていた ( 歳から 歳まで1日 本)

- ②お酒 飲まない 飲む (どのくらいのペースで飲んでいきますか)  
(毎日 2~3日/週 つきあい程度)

一回に何をどれくらい飲んでいきますか(種類： ) (量： )

9 お薬についてお尋ねします。

- ① 自分が何の薬を飲んでいるか理解している はい いいえ

② 薬の管理についてお尋ねします。

自分で管理できている(飲み忘れがない)

自分で管理しているが時々飲み忘れることがある

\*自分で管理されている方はどんな方法でされていますか(例：箱に入れて)

[ ]

家族に管理してもらっている

薬剤師が訪問して配薬している

- ③ 現在入院中の病院以外で処方された薬を飲んでいる はい いいえ

- ④ 市販薬を飲んでいる はい いいえ

薬の名前 ( )

10 今回の入院についてお尋ねします。

① 医師から病名・治療についてどのように説明を受けていますか？

[ ]

② 説明が行われた日（ 月 日）、同席された方のお名前（ ）

③ 病気や入院に対して、理解されましたか？

はい

いいえ（理由： ）

11 当院に入院して目標にしている事は何ですか？（例：杖で歩ける。仕事復帰 等）

12 当院退院後の生活について

在宅

施設

その他 未定

13 入院前の生活についてお尋ねします。

① 仕事 あり（ ） なし

② 生活パターンは 決まっている 決まっていない

③ 食事について・回数（ ）回/日 ・間食：あり なし

・食べ物の好き嫌い：あり なし ・食欲：あり なし

・水分摂取：できる できない ・入れ歯の装着：あり なし

・口からの摂取：できる できない（腸に管あり 胃に管あり 点滴栄養）

・最近食事の量は減りましたか？ はい いいえ（どれくらい ）

・体重の変動はいかがですか？：（ここ3ヶ月・6か月 減った・増えた 何kg位 kg ）

④ 排泄について

・便の回数：（ ）回/日 ・便失禁：あり なし

・下剤の服用：あり なし ・オムツの使用：あり なし

・尿の回数（ ）回/日 ・夜間の尿の回数（ ）回

・尿失禁：あり なし ・発汗：多い 普通 少ない

・人工肛門：あり なし ・尿管ストーマ：あり なし

⑤ 活動/休息について

・睡眠時間：（ ）時間 ・いびき：あり なし

・不眠：あり なし ・睡眠薬の使用：あり なし

・運動障害：あり なし

・補助具装着：あり なし（障害の部位： ）

・最近転倒したこと：あり なし

・趣味：あり [ ] なし

14 宗教について

- ① 宗教に関する配慮の必要性：□あり □なし  
② 信仰による治療上の制限：□あり □なし

15 経済状況

- ① 入院費、在宅療養での経済的問題：□あり □なし

16 住居環境について

- ① 持家・借家 住宅改修は できる・できない  
② 共同住宅（公営・マンション・アパート 階） エレベータ（有・無）  
③ 1戸建て（主に生活される場所は 1階・2階・3階）  
④ トイレ（和・洋） 家屋段差（多い・少ない・ほぼ無）  
⑤ 風呂（据え置き・うめ込み） シャワー（有・無）  
⑥ ベッド（有・無） ⑦ 手すり無・有（トイレ・風呂・階段・その他）  
⑧家の周囲環境（ ）

17 地域医療連携についてお尋ねします。

- ② 介護認定：□あり □なし □申請中  
・ありの方（介護区分：□要支援1 □要支援2 □要介護1・2・3・4・5）  
④ 障がい者手帳：□あり □なし  
・ありの方：手帳の種類（ 級）  
⑤ 入院前は施設に入所されていましたか：□はい □いいえ  
・はいの方：施設名  
⑥ 現在受けている在宅サービス：□あり □なし  
・ありの方：下記に当てはまるものにチェックをお願いします。  
□医師による訪問診察（月に 回）（医院名： ）  
□訪問看護（月に 回）（事業所名： ）  
□介護ヘルパー（ 回/週，サービス内容： ）  
□訪問リハビリ □デイサービス（ 回/週） □ショートステイ（ 回/月）  
□配食サービス（ 回/週） □福祉用具レンタル（内容： ）  
□住宅改修（内容： ）  
□ケアマネージャー事業所名： 電話番号：  
担当者名：

ご協力ありがとうございました。

神戸リハビリテーション病院 総合支援相談室

2024年6月 改訂