

【受診にあたってのご質問 - 患者支援センター・入院用】

お名前 ()

【医師からの説明について】

※今回の入院について、医師からどのように説明されていますか 簡単にご記入ください。

☐受けた ☐受けていない ご家族の方は受けましたか ☐はい()
☐いいえ

説明内容 (簡潔で結構です)

【内服薬について】

* 薬の管理は誰がしていますか ☐自分 ☐家族 ☐その他 ()
* ピルを使用していますか (1ヵ月以内の服用含む) ☐なし ☐あり

【栄養状態について】

* 半年以内体重の増減はありましたか ☐なし ☐あり→ () kg) 増 / 減

【睡眠について】

* 睡眠時間 時～ 時 睡眠薬の使用 ☐なし ☐あり

【歯について】

* 入れ歯はありますか ☐なし ☐あり→部分入れ歯上・下 () 個/総入れ歯 上・下
* グラグラする歯(動揺歯)はありますか ☐なし ☐あり→ ()
* 歯・歯肉で痛むところはありますか ☐なし ☐あり→ ()
* かかりつけ歯科がある方は →歯科医院名: 所在地:
ご記入ください 定期健診 ☐あり () カ月毎) ☐なし

【排泄について】

* 尿回数 () 回/日 就寝後の排尿 () 回
* 普段の便の回数 () 回/ () 日 (☐普通 ☐軟便 ☐硬便)
* その他 ☐オムツ・ナプキンなどを使用 ☐尿道留置カテーテル ☐ストーマ

【入院前の日常生活について】

* 食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助が必要	* 歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助が必要
* 排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助が必要	* 寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助が必要
* 入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助が必要	* 買い物	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
* 洗面	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助が必要	* 調理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
* 更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助が必要	* 掃除	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない

ウラ面へ

【家族構成について】

ご関係	年齢	同居・別居	ご関係	年齢	同居・別居
例) 妻	72 才	<u>同居</u> ・別居	例) 長女	38 才	同居・ <u>別居</u>
		同居・別居			同居・別居
		同居・別居			同居・別居
		同居・別居			同居・別居

本人以外に、病院からの説明・相談の中心となる方はどなたですか

氏名

()

続柄

()

【在宅サービスについて】

☐ヘルパー (/週) ☐デイサービス (/週) ☐入浴サービス (/週)
☐訪問看護 (/週) ☐その他 ()

【住環境について】

家	()階建て(戸建・集合住宅 階)	トイレ	和式・洋式 (手すり 有 ・ 無)
	エレベーター (有 ・ 無)	風呂	有 ・ 無 (手すり 有 ・ 無)
寝室	()階 / ふとん・ベッド	階段	有 ・ 無 (手すり 有 ・ 無)

【確認事項】

* 乗り物酔いしやすい体質ですか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
* 床ずれができたことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位)
* 歩行時の転倒はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ (いつ:)
* 日常生活で使用しているものはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> かつら・ウィッグ <input type="checkbox"/> ジェルネイル <input type="checkbox"/> まつげエクステ
* 利き手はどちらですか	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両手

*手術を受けられるにお聞きします。手術当日どなたが来られますか

☐なし ☐あり () ☐未定

※医療者記載 (記入の必要はありません)

- * 摂取不良 ☐なし ☐あり→ (食欲不振・胃部不快・嚥下困難・咀嚼困難・下痢・便秘・嘔吐・嘔気)
- * 摂取方法 ☐経口 (普通食・軟菜食 (粥食)・きざみ食・ソフト食・流動食・ペースト食
☐非経口 (経管 (胃)・経管 (腸)・末梢静脈・中心静脈) ☐不明
- * 水分トロミ ☐なし ☐あり

ご記入ありがとうございました

済生会横浜市東部病院 患者支援センター

2019 年 12 月改訂

2020 年 2 月改訂