

【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。

<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けていない	ご家族の方は受けましたか	<input type="checkbox"/> はい()
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自分	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他 ()
* ピルを使用していますか (1ヵ月以内の服用含む)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→ (kg) 増 / 減
--------------------	-----------------------------	--

【睡眠について】

* 睡眠時間 時~ 時	睡眠薬の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
-------------	--------	-----------------------------	-----------------------------

【歯について】

* 入れ歯はありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→部分入れ歯上・下 () 個	/ 総入れ歯 上・下
* グラグラする歯 (動搖歯) はありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→ ()	
* 歯・歯肉で痛むところはありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり (カ月毎)	<input type="checkbox"/> 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	(<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 硬便)
* その他	<input type="checkbox"/> オムツ・ナプキンなどを使用 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 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	(同居)・別居	例) 長女	38才	(同居)・別居
		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】

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ヘルパー (/週) | <input type="checkbox"/> デイサービス (/週) | <input type="checkbox"/> 入浴サービス (/週) |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護 (/週) | <input type="checkbox"/> 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がありますか | <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 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり→ (食欲不振・胃部不快・嚥下困難・咀嚼困難・下痢・便秘・嘔吐・嘔氣) |
| * 摂取方法 | <input type="checkbox"/> 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) | |
| | <input type="checkbox"/> 非経口 (経管(胃)・経管(腸)・末梢静脈・中心静脈) | <input type="checkbox"/> 不明 |
| * 水分トロミ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 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