



問 診 票

入院されるにあたり、入院中の看護に役立てるため、入院前のあなたの状況をお聞かせいただくよう、ご協力お願い致します。質問の内容に対して該当する箇所に「O」をつけてください。

ご回答いただいた情報は、スキャナで読み取りを行い電子化し、個人情報保護法に基づいた取り扱いをさせていただきます。

尚、回答されたくない項目は空欄で提出いただいて結構です。診療に必要な項目につきましては、追ってご質問させていただく事になりますが、ご了承いただくようお願い致します。

※ ご記入は黒のボールペンでお願い致します。

ふりがな	
氏 名	様
性 別	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)

情報提供者	(本人との関係：)
-------	------------

緊急連絡先を記入して下さい（優先される連絡順にお書き下さい）

	氏名	続柄	自宅電話番号	携帯電話
1				
2				
3				

I 健康認識・健康管理

【1】入院までの経過

いつごろから、体のどの部分に、どのような症状がありましたか？

今までに入院したり、治療を受けた病気はありますか？	あり	なし
かかりつけ医はありますか？	あり	なし
ありの方：医療機関名（病院名）		

病状/病名の詳しい説明（告知含む）の希望者	本人	家族
治療経過や余命の詳しい説明の希望者	本人	家族

健康を維持・増進するために気をつけている事はありますか？	あり	なし
現在、内服されているお薬はありますか？	あり	なし
アレルギーはありますか？	あり（食事・薬）	なし
*食事アレルギーの方	品名：	
食事アレルギー：個別対応を希望しますか？	する	しない
*薬剤アレルギーの方	品名：	
その他のアレルギーはありますか？	あり	なし
輸血をされた事はありますか？	あり	なし

【2】タバコ、お酒についてお尋ねします。

タバコ	吸う	()歳から()喫煙	1日の本数()本	
	禁煙中	()歳から禁煙中		
	吸わない			
	考え方	やめたい	やめない	本数を減らしている

お酒	種類	ビール・日本酒・ウイスキー・焼酎・ワイン・その他		
	飲む	飲酒暦()年	1回の量()	()回/週
	禁酒中	()歳から禁酒中		
	飲まない			
考え方	やめたい	やめない	量を減らしている	その他

II 栄養・代謝

【3】食事についてお尋ねします。

食欲はありますか？	良好・普通・減退		
食事形態は何ですか？	常食・全粥・5分粥・重湯 ミキサー食・濃厚流動食・キザミ食・とろみ付き		
摂取方法	経口・経管（経鼻）		
摂取時間は？	規則的・不規則・その他：		
義歯の使用はありますか？	あり	なし	総義歯 部分義歯 インプラント

【4】皮膚についてお尋ねします。

皮膚のトラブルはありますか？	あり なし
*ありの方	乾燥・浮腫・創傷・湿潤
	湿疹・皮膚炎・アトピー
	黄疸・褥瘡・創傷・その他
	部位/その他：

Ⅲ 排泄

【5】排便についてお尋ねします。

排便回数はいかがですか？	回/日
性状はいかがですか？	水様便・泥状便・軟便・
	有形不通便・硬便
最終排便日	月 日
薬剤は使用していますか？	浣腸・下剤・坐薬・止痢薬
	薬品名：

人工肛門のある方にお尋ねします。

人工肛門の種類	一時的・永久
人工肛門の種類	双孔式・単孔式
部位	空腸・回腸・上行結腸・横行結腸
	下行結腸・S状結腸・直腸
使用装具 アクセサリ	

【6】排尿についてお尋ねします。

排尿回数はいかがですか？	回/日（夜間 回）
症状はいかがですか？	頻尿・排尿遅延・尿意急迫
	排尿時痛・尿失禁・残尿感
尿路の種類	尿路の変更： あり なし
	回腸道管・膀胱瘻
	尿管皮膚瘻（右）・尿管皮膚瘻（左）
	尿管皮膚瘻（両）
	腎瘻（右）・腎瘻（左）・腎瘻（両）
使用装具 アクセサリ	

IV 活動・運動

【7】循環についてお尋ねします。

ペースメーカーの植え込み	あり	なし
	設定モード () レート ()	

【8】呼吸状態に関してお尋ねします。

症状はいかがですか？	呼吸症状： あり	なし
	呼吸困難・喘鳴・咳嗽・分泌物・睡眠時無呼吸	
	その他：	
器具の使用	酸素吸入 () 分	気管カニューレ
	呼吸器：	

【9】日常生活動作に関してお尋ねします。

日常生活動作	自立	一部介助	全介助
食事動作	自分で摂取できる・補助具があれば摂取できる		
	セッティングすれば摂取できる		
	自力では摂取できない		
	その他：		
入浴行動	自分で入浴できる・自分でシャワーができる		
	自力では入浴行動ができない		
	その他：		
衣類着脱動作	全て自力でできる・上着の着脱はできる		
	ズボンの着脱はできる		
	ボタン/ホック以外は着脱できる		
	その他：		
排泄行動	トイレに行き自力でできる		
	ポータブルトイレで自力でできる		
	床上で便/尿器を使い自力でできる		
	自力では排泄行動ができない		
	その他：		
移動動作：ベッド上	自力で自由に動ける		
	起き上がりができる		
	つかまれば起き上がりができる		
	寝返りができる		
	つかまれば寝返りができる		
	自力で全く動けない		
	その他：		
移動動作：車いすへの移動	自力で移動ができる		
	自力では移動ができない		
	その他		
移動動作：歩行	歩ける		
	杖/歩行器歩行ができる		
	つかまり歩きができる		
	歩けない		
	その他		

V 睡眠・活動

【10】睡眠に関してお尋ねします。

睡眠障害	なし	あり（中途覚醒	入眠困難	早期覚醒	）
睡眠剤の使用	なし	あり（薬剤名：	）		
睡眠時の寝具	畳		ベッド		
	ベッド：電動ベッド	エアーマット	その他（		

VI 認知・知覚

【11】認知・知覚に関してお尋ねします。

聴力障害	なし	あり（状態：右/左/両	補聴器：あり	なし	）
視力障害	なし	あり（状態：	）（使用：メガネ コンタクトレンズ）		
知覚障害	なし	あり（状態：	）		
しびれ	なし	あり（部位：	）		
麻痺	なし	あり（部位：	）		
言語障害	なし	あり（状態：	）		
認知障害の有無	なし	あり：認知症診断（あり	なし）		
	理解力低下	記憶力低下	認知症	注意力低下	判断力低下
	せん妄	行動障害徘徊			
その他					

VII 自己知覚・自己像

【12】自身に関してお尋ねします。

性格について	穏やか	温厚	さみしがり	気難しい	短気	頑固
悩みや不安など	自由記載：					

VIII 役割関係

【13】ご自身の役割に関してお尋ねします。

職業	現在の職業	なし	あり	職業種：		
	雇用状況	正社員	アルバイト	パート	その他（	
	現在の職業が「なし」の方	：以前の職業				
	なし	あり				
	元職業種：					
結婚歴	未婚	既婚	離婚	死別	内縁	別居
家庭内での役割	家事	育児	介護	経済	その他：	
キーパーソンはどなたですか？	続柄：					
介護者はどなたですか？	続柄：					
ご両親は？	父：	健在	死亡	母：	健在	死亡
兄弟(姉妹)は何人みえますか？	（					
お子様は何人みえますか？	（					
保険や制度について	介護保険申請：	未	済み			
	介護度：	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3
		要介護4	要介護5			
	利用サービス：					
	入所施設名：					
	ケアマネージャー氏名					
	住宅改修：	なし	あり	（手すり	バリアフリー	その他：
	身体障がい者手帳：	なし	あり	（	級）	
	生活保護受給：	なし	あり			

【14】一緒に住んでいる人を全て記入して下さい

	氏名	続柄
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

IX 性機能

【15】性機能についてお尋ねします。

女性の方

月経歴	初潮	歳
	閉経	歳
性生殖器疾患	なし あり (病名:)	

男性の方

生殖機能障害	なし あり ()
--------	-----------

X ストレスコーピング

【16】ストレスについてお尋ねします。

現在ストレスだと感じていること	内容:
ストレス対処法	食べる 何もしない 飲酒 喫煙
	誰かに話す 好きな事をする
	その他:
相談相手	配偶者 子供 () 両親 () 祖父母 () 孫 友人
入院に伴う不安	なし あり
入院により生じる問題	仕事 経済面 家族 学校
	その他:

XI 価値・信念

【17】価値や信念についてお尋ねします。

信仰している宗教	なし ・あり ()
宗教上の習慣	なし ・あり ()

XII その他

【18】看護師に望む事はありますか？

【19】臓器移植カードはお持ちですか？

臓器移植カード	持っていない・持っている (家族と相談済み ・家族と相談未)
---------	---------------------------------

【20】名札表示についてお尋ねします。

病室前名札表示	よい・拒否	病室前に掲示したくない場合でも不利益なることはありません。
---------	-------	-------------------------------