

当日提出

入院問診票（ダウンロード用）

ふりがな	
氏名	様
性別	男 ・ 女
生年月日	T・S・H・R 年 月 日（ 歳）

情報提供者氏名	
本人との関係性	

緊急連絡先を記入してください（優先される連絡順に3名お書き下さい）

	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？	なし	あり
かかりつけ医はありますか？	なし	あり
*ありの方：医療機関名		

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がありますか？	なし	あり
現在、内服されているお薬はありますか？	なし	あり
アレルギーはありますか？	なし	あり（食事・薬）
*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？	しない	する
*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？	なし	あり
輸血をされた事がありますか？	なし	あり

【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 その他

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	飲酒歴 ( ) 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	本数を減らしている	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？	なし あり 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？	なし あり
*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・有形普通便・硬便
最終排便日	月 日
薬剤は使用していますか？	浣腸・下剤・座薬・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・尿意緊迫・排尿時痛・尿失禁・残尿感
尿路の種類	尿路の変更：                   なし                   あり
	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 栄養・代謝

【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	なし                   あり
	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：           なし                   あり
	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（                   リットル/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
	つかまれば起き上がりができる寝返りができる
	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

## V 睡眠・活動

【10】睡眠についてお尋ねします。

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？	（ ）兄弟/姉妹
お子様は何人見えますか？	（ ）人
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ください。

	氏名	続柄
1		
2		
3		
4		

	氏名	続柄
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】ストレスに関してお尋ねします。

現在ストレスだと感じている事	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】価値や信念に関してお尋ねします。

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】名札表示に関してお尋ねします。

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