

入院時間診票

患者名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・ 家族構成、連絡先（同居者には氏名に○をつけてください）

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

・ アレルギーの有無（有の場合はアレルギーの内容を記載してください） 有・無

・ 食事の嗜好（嫌いな食べ物・好きな食べ物があれば記載してください）

・ 既往歴（有の場合は病名、発症年齢、治療内容を記載） 有・無

・ かかりつけ医（病院名・診療科）

・ 喫煙歴 なし・やめた・有 1日 \_\_\_\_\_ 本 約 \_\_\_\_\_ 年喫煙 \_\_\_\_\_ 前

・ 飲酒歴（有の場合は頻度、量を記載してください） なし・有（ \_\_\_\_\_ ）

・ 現在検討している患者の退院先 自宅・施設

・ 認知症の有無 有・無

・ 具体的な認知症の症状 \_\_\_\_\_

・ 入院前の 患者本人の状況 \_\_\_\_\_

・ 退院時に最低限患者様にできてほしい事（トイレの自立や歩行の自立など）

- ・ 自宅での家事の担い手 患者本人・他の家族
  
- ・ 病状の説明を聞く家族の名前 患者との続柄
  
- ・ 主介護者 患者との続柄
  
- ・ 主介護者の介護経験の有無 有・無 就労の有無 有・無
  
- ・ 主介護者の勤務状況
  
- ・ 可能な面会頻度
  
- ・ 患者の家庭の状況 常時家族住宅・独居・日中独居・（一人になる時間 時～ 時）
  
- ・ 家屋状況 集合・戸建て
  
- ・ 住居の環境 様式トイレ 和式トイレ 階段あり 手すり有 布団使用 ベット使用
- バリアフリー エレベーターが止まらない階 その他
  
- ・ 患者の生活スペース
  
- ・ 介護保険 有（ ）級・無・申請中 ・身体障害者手帳 有（ ）級・無・申請中
  
- ・ ケアマネージャー連絡先
  
- ・ 入院前に使用していたサービス
  
- ・ 家族の要望
  
- .....
- .....

～ ご記入ありがとうございました。～

この用紙の情報は目的以外に使用せず、また個人情報が漏洩しないよう慎重に管理いたします。

泉リハビリテーション病院長