

*入院時に外来もしくは病棟の看護師にお渡しください

入院時間診票

お名前()

この問診票は、患者さんの入院前の状況を知ること、入院中の診療や看護に役立てることを目的としています。ご協力をお願いいたします。

記入は該当する項目や数字を○で囲むか記入してください。記入後は受診科の外来看護師もしくは入院予定の病棟看護師にお渡しください。なお、この問診票は個人情報の保護上取り扱いを厳重に行います。

※下線を引いた項目は必ずご記入いただきますようお願いいたします。

1. 健康管理について

- ① 今回の入院治療について医師から受けた説明はわかりましたか はい ・ いいえ
- ② 説明で不明な点やもっと尋ねたいことはありますか
あり(不明点:) ・ なし
- ③ 現在、飲んでいるお薬がありますか はい ・ いいえ
はいの方は以下のことにお答えください
1) お薬はどのように管理していますか
① 自分で準備し、飲んでいる
② 自分以外の人(家族、ヘルパー、その他)が準備し、自分で飲んでいる
③ その他()
2) 飲み忘れ・飲み間違いはよくありますか はい ・ いいえ
3) 市販薬を飲んでいますか
はい(商品名:) ・ いいえ
- ④ タバコは吸いますか
1) 現在タバコを吸っていますか はい(歳から 1日 本) ・ いいえ
2) 今までにタバコを吸ったことがありますか
はい (歳から 歳まで 1日 本) ・ いいえ
- ⑤ お酒は飲みますか はい ・ いいえ
はいの方は以下のことにお答えください
1) どのくらいのペースで飲んでいますか
(①毎日 ②2~3日/週 ③つき合い程度 ④その他:)
2) 1回に何をどれくらい飲んでいますか
(種類:) (1回量:)
- ⑥ 今までに重い病気やケガ・手術・入院の経験がありますか(高血圧・糖尿病・がん・結核など)
ない ・ ある { 何歳頃: 病名: }
- ⑦ 輸血を受けたことがありますか はい ・ いいえ

4. 活動・運動について

① 日常生活動作について 該当するところに○をつけてください

	洗面	着替え	歩行移動	食事	入浴	トイレ	服薬	歯みがき	階段の上り降り
一人で出来る									
少し手伝いが必要									
全て手伝いが必要									

- ② 関節の動きに制限がありますか はい(部位) ・ いいえ
- ③ 歩く時に何か使用しますか はい(杖・歩行器・その他:) ・ いいえ
- ④ 麻痺がありますか はい(部位) ・ いいえ
- ⑤ 足腰の弱りや筋力低下がありますか はい ・ いいえ
- ⑥ 息苦しさを感じることがありますか はい ・ いいえ
- ⑦ 動悸がありますか はい ・ いいえ
- ⑧ 体内に人工的なものを入れていますか
はい(人工関節・ペースメーカー・その他:) ・ いいえ
- ⑨ 転んだり転落したことがありますか はい ・ いいえ

5. 睡眠・休息について

- ① 就寝・起床時間は ()時就寝 ()時起床
- ② 眠れますか 眠れる ・ 眠れない(寝つきが悪い・途中で目が覚める・朝早く目が覚める)
- ③ 睡眠剤を飲んでいきますか はい(薬剤名:) ・ いいえ
- ④ 昼寝はしますか はい ・ いいえ
- ⑤ いびきをかきますか はい ・ いいえ

6. 知覚について

<痛みについて>

- ① 痛みがありますか はい(部位:) ・ いいえ
- ② 痛み止め(飲み薬・貼り薬など)を使っていますか
はい(薬剤名:) ・ いいえ

<視力について>

- ① 視力や見え方に支障がありますか
はい [視力はいくつですか: 右 左] ・ いいえ
見え方:
- ② 眼鏡を使用していますか はい ・ いいえ
- ③ コンタクトレンズを使用していますか はい ・ いいえ

<聴力について>

- ① 聞こえにくさ、または耳が遠いといわれますか はい(右・左)・いはい
- ② 補聴器を使用していますか はい ・ いいえ
- ③ 耳鳴りはありますか はい(右・左)・いはい

<その他>

- ① においがわからない、またはわかりにくいことがありますか はい ・ いいえ
- ② 味がわからない、またはわかりにくいことがありますか はい ・ いいえ
- ③ 言葉が出ない、呂律が回らないなど支障がありますか はい ・ いいえ
- ④ 会話する上で支障がありますか 普通にできる ・ できない
- ⑤ しびれがありますか はい(部位:) ・ いいえ
- ⑥ 記憶に関して支障を感じたことはありますか はい ・ いいえ
- ⑦ 意識消失したことがありますか はい(いつ頃:) ・ いいえ
- ⑧ ふらつきがありますか はい ・ いいえ

7. 気がかりなことについて

- ① 入院に際し気がかりなことについて該当する項目を○で囲んでください
入院期間・治療内容・検査内容・家族のこと・仕事のこと・食事のこと・費用のこと
その他()
- ② 気がかり、心配ごとを相談できる方はどなたですか 該当する項目を○で囲んでください
家族 ・ 親戚 ・ 友人 ・ その他()

8. 社会的支援やご家族のことについて

- ① 身体障害者手帳をお持ちですか はい(級) ・ いいえ
- ② 介護認定を受けていますか
はい(要介護 1 2 3 4 5 / 要支援 1 2) ・ いいえ
- ③ その他、公的支援を受けていますか
特定疾患 ・ 育成医療 ・ 更生医療 ・ その他()

4 家族・家系の構成についてご記入ください

氏名	続柄	どちらかに ○を	今までにかかった病気・ 治療中の病気	どちらかに ○を	電話・携帯番号	連絡先の 優先順位
		同居・別居		生・死		
		同居・別居		生・死		
		同居・別居		生・死		
		同居・別居		生・死		
		同居・別居		生・死		
		同居・別居		生・死		
		同居・別居		生・死		
		同居・別居		生・死		

※連絡先は緊急時の連絡先をご記入ください。その際の優先順位も示していただきますようお願いいたします。

○ 入院中に身の回りの世話に来てくれる人は誰ですか

氏名() 続柄() 電話番号()

氏名() 続柄() 電話番号()

9. その他

その他、お気づきの点や不明な点がございましたらご記入ください

ご協力ありがとうございました。

九州大学病院看護部

