

入院前生活調査表

今回、北水会記念病院への入院にあたり入院前生活調査を実施しております。お手数ではございますが、分かる範囲で結構です。ご記入の程よろしくお願ひ致します。また、この調査表内容、個人情報に関してましては病院内で厳重に管理致します。

患者様氏名（北水 太郎） 施設名（ ）

《緊急連絡先》 *キーパーソンに☑を付けてください。 ※修正液・修正テープ・消えるボールペンは使用しないでください

キーパーソン	優先順位	氏名	関係(続柄)	住所	電話番号(優先順位)	
<input checked="" type="checkbox"/>	①	北水 花子	妻	水戸市東原〇〇-××	① 〇〇〇-××××-△△△△	② 〇〇〇-☆☆☆-△△△△
<input type="checkbox"/>	②	北水 一郎	長男	水戸市笠原町×××	① 〇〇〇-△△△△-××××	②

●ご本人と同居されている方を記入下さい。

既往歴	手術を受けたことがありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *「はい」と選んだ方は いつ、どのような手術をされていますか？ (例)H26.2月 胃癌 〇〇病院… H28 虫垂炎 〇〇病院(手術) 肺炎	介護認定は受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」を選んだ方は、 介護度は… 要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ※区分変更中: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 申請中 要介護: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 担当ケアマネージャーと事業所をお答え下さい。 () 【申請日: 〇〇 月 ×× 日】 【認定調査日: 〇〇 月 ×× 日】
		輸血をしたことがありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」を選んだ方は、いつごろですか (2010年7月) アレルギーはありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」を選んだ方は、具体的にご記入ください。 ・薬 剤→ パファリン ・食べ物→ さば ・その他→ 花粉症

内服について	現在内服(外用)している薬はありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 「はい」を選んだ方は、 その薬はどこから処方されたものですか <input type="checkbox"/> 当院 <input checked="" type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 不明 →「他院」を選んだ方は病院名をご記入ください (〇〇病院) 市販薬の内服をしていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 退院の際、使用しなかった内服薬の返却を希望しますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (当院で破棄します)
--------	--

ADL	《入院前の日常生活動作》 *日常生活動作とは… 食事、更衣、移動、排泄、整容、入浴など生活を営む上 不可欠な基本的動作を指します	介助(お手伝い) <input checked="" type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要
-----	---	--

ADL項目で介助が「不要」を選んだ患者様は、以下の項目のみお答え頂き調査表記入終了になります。

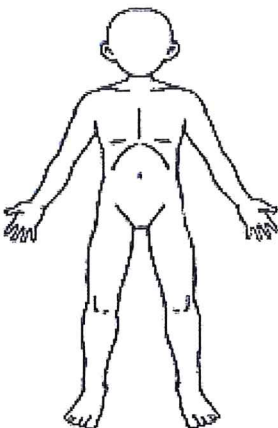
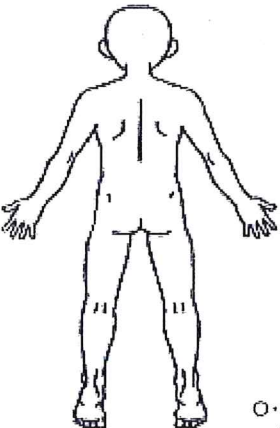
「要」の患者様は引き続き、裏面の調査表にご記入をお願いします。

その他	聴力障害は… <input checked="" type="checkbox"/> ある (<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) ・ <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 不明 「ある」を選んだ方は、障害の程度をお答え下さい。 補聴器はお持ちですか？ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (自己管理: <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
	視力障害は… <input checked="" type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input checked="" type="checkbox"/> 両側) ・ <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 不明 「ある」を選んだ方は、治療の経緯、手術の有無や点眼薬の有無など(記載して下さい)
	矯正していますか… <input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ
	義歯はありますか… <input checked="" type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input checked="" type="checkbox"/> 上下) (<input checked="" type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総入れ歯)
	喫煙歴について… 現在→ (_____ 本数/日 _____ 年間) <input checked="" type="checkbox"/> なし 過去→ (20 本数/日 20 年間) <input type="checkbox"/> なし

飲酒歴について… 現在→ (_____ 量/日) なし
過去→ (_____ 量/日) なし

職歴を教えてください 現在→
過去→

ご家族様の面会予定を教えてください。又、来院しやすい日時、曜日、時間帯はいつですか。
【頻度: 2回/週】 【来院しやすい曜日: 水・土曜日】 【来院しやすい時間帯: 15時頃】

食 事	食事動作は… <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明 食事方法は… <input type="checkbox"/> 経口(口から) <input type="checkbox"/> 胃ろう(胃に直接) <input type="checkbox"/> 絶飲食 <input type="checkbox"/> 経鼻(鼻～胃への注入) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 不明 ↓ 種類・カロリー・白湯の量を記載して下さい
	食事の時の姿勢は… <input checked="" type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 不明 ごはんの形態は… <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥(<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 3分 <input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 7分) <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 不明 おかずの形態は… <input checked="" type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 不明 水分にとろみは… <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 嫌いな物がありますか (自由記載)
排 泄 ・ 更 衣	排泄動作は… <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> カテーテル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器) <input type="checkbox"/> 不明 尿・便意は… <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不明 緩下剤(下剤)の使用は… <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (マグミット) 最終排便は… 月 日 (日前) 更衣(着替え)は… <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 不明
移 動 方 法	移動方法は… <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 不明 ベッドへの移動は、 <input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 補助具を使用している <input checked="" type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不明
清 潔	清潔方法は… <input checked="" type="checkbox"/> 入浴(浴槽に入る) <input type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> 体を拭く程度 <input type="checkbox"/> 不明
運 動 機 能	◆褥瘡(床ずれ)は… <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 「ある」を選んだ方は… 部位はどこですか？  ◆麻痺は… <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 「ある」を選んだ方は… <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 手足  ○…褥瘡(床ずれ) ///…麻痺 活動量はどれくらいですか？(記載して下さい) 例)毎日1時間程度の散歩、 週〇回のプールや外出など…
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン	日常会話は… <input checked="" type="checkbox"/> 可能 (<input checked="" type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 肯きやジェスチャーができる) <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 不明 いままでに認知症といわれたことは… <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 不明 「ある」を選んだ方は、どのような症状ですか…(記載して下さい) 例)物忘れ、食事を忘れる、お金の管理ができなくなる など 年相応の物忘れ

記入者様氏名(**北水 花子**) 続柄: **妻**) 入院時担当看護師(**東原 大介**)
 調査表は以上です。ご協力、ありがとうございました。