

<患者情報提供書>

看護師サイン

リハサイン

*この用紙は、ご自宅で記入し入院当日にお持ち頂きますようご協力下さい

ご自宅での生活の様子に該当する番号を○で囲んで下さい。 身長 _____ cm 健康時の体重 _____ kg

1. 食事についてお伺いします。			
1) 食事の好みはありますか。	(1) ある (具体的に _____)	(2) ない	
2) 食事中にむせる事がありますか。	(1) ある	(2) 時々ある	(3) ない
3) アレルギーはありますか。	(1) ある (具体的に _____)	(2) ない	
4) 患者さん自身で召し上がれますか。	(1) できる	(2) 自助具を使用	(3) 介助が必要 (4) できない
5) 何を使って召し上がりますか。	(1) 箸	(2) スプーン	(3) フォーク (4) 自助具(_____)
6) どこで召し上がりますか。	(1) 座卓	(2) テーブル	(3) ベッド (4) その他(_____)
7) お茶を飲む習慣はありますか。	(1) ある (好んで飲んでいた飲み物 _____)	(2) ない	

2. 排泄についてお伺いします。			
1) 排泄はどうされていますか。	(1) トイレ使用	(2) ベッドサイド	(3) おむつ使用
*『1)』でトイレ使用の方 便座の種類はなんですか。(1) 洋式 (2) 和式 (3) ポータブル			
トイレに手すりはついていますか。(1) ついている (2) ついていない			
2) 失禁(おもらし)はありますか。	(1) ある(時々 毎回 夜のみ) ・ (尿 便)	(2) ない	
3) 下着は何を使用していますか。	(1) 布パンツ	(2) オムツ	(3) リハビリパンツ (4) 尿取りパット
4) 1日の排尿回数は何回くらいですか。	日中 _____ 回位	・	夜間 _____ 回位
5) 排便はどの位の頻度ですか。	(1) 毎日	(2) 1日おき	(3) 2日に1回 (4) その他(_____)
6) 下剤は使っていますか。	(1) 使用中 (薬品名 _____)	(2) 時々	(3) 使用なし

3. 入浴についてお伺いします。			
1) どの位の頻度ですか。	(1) 毎日	(2) 週 _____ 回くらい	
2) どのように入りますか。	(1) 1人で入れる	(2) 介助が必要	(3) サービスを利用 (4) シャワーのみ
3) 使用物品は何ですか。(1) 風呂いす あり(大・小)・なし (2) 背もたれ(あり・なし)			
(3) 滑り止めマット(あり・なし) (4) 浴槽内台(あり・なし) (5) その他(_____)			

4. 歩行(移動)についてお伺いします。			
1) 家の中での歩行(移動)について。(1) 1人で歩ける (2) 補助具が必要 (3) 介助が必要 (4) 歩けない			
*歩行(移動)時の使用物品は。(1) 杖(_____) (2) 歩行器(_____)			
(3) 車椅子 (自走可能・不可) (4) その他(_____)			
2) 家の外での歩行(移動)について。(1) 1人で歩ける (2) 補助具が必要 (3) 介助が必要 (4) 歩けない			
*歩行(移動)時の使用物品は。(1) 杖(_____) (2) 歩行器(_____)			
(3) 車椅子 (自走可能・不可) (4) その他(_____)			
3) 過去に転倒したことがありますか。(1) ある (2) ない			
*転倒があった方は、この1年以内に何回位転びましたか。(_____ 回位)			
また、転んだ場所はどんなところですか。(屋内・・・ 屋外・・・)			

5. 睡眠・休息・嗜好についてお伺いします。

1) 睡眠はとれていますか。	(1) 良眠	(2) 不眠 (眠剤内容)
2) 自宅では何をお使いですか。	(1) ベッド (柵は あり ・ なし)	(2) たたみ (布団)
3) 喫煙歴はありますか。	(1) ある (いつから)	(2) ない
※ ある方にお伺いします。現在も吸っている(入院前まで)。(1) はい(本/日) (2) いいえ		
4) 趣味はありますか。	(1) ある()	(2) ない
5) 宗教を信仰していますか。	(1) している()	(2) していない

6. 生活についてお伺いします。

1) どなたとお住まいですか。	(1) 独居	(2) 夫婦だけで住んでいる	(3) 親、子と一緒に住んでいる
	(4) 子供の家族と別棟に住んでいる(同敷地内)		
2) 食事はどなたと食べますか。	(1) 自分1人	(2) ご家族と一緒に	
3) 家計について。	(1) ご家族と別	(2) ご家族と同一	
4) 外出される場合、どなたが車の運転をされますか。	(1) 自分	(2) 夫	(3) 妻
	(4) 子供()	(5) 運転できる人がいない	(6) その他()
5) 外出をされる場合に使用される車種は何ですか ()			
6) ご家族の中で患者さん以外に病気の方はいますか。	(1) いない	(2) 病人がいる	(3) その他
7) 患者さんが退院された後の主となる介護者はどなたですか。 ()			
8) 主介護者は具体的な介護知識や技術をお持ちですか。	(1) 知識も技術も持っている	(2) 知識はあるが経験がない	(3) 知識も技術もない
9) 患者さんの状態がどの程度であれば、家庭での介護が可能だと思いますか。(具体的にお書き下さい。)			

7. 入院中の事についてお伺いします。

1) 面会について。 (どなたが _____ , いつ : 週 _____ 回くらい)	
2) 入院中の洗濯について。 (1) ご家族 (2) 自分 (3) クリーニング依頼したい	
3) 義歯はありますか。 (1) ある(部分 上 ・ 下 / 総義歯 上 ・ 下) (2) ない	
4) 補聴器は使用していますか。 (1) している (右 ・ 左) (2) していない	
*『(1)している』の方にお伺いします。・種類は何ですか ()	
・家ではどなたが管理されていきましたか()	
5) 眼鏡を使用していますか。 (1) している (2) していない	
6) 入院中のオムツ準備について。 (1) ご家族で購入し持ち込む (2) 病院のものを使用する	
*ご家族でオムツ準備される方にお聞きします。	
不足した場合は病院のものを使用してよろしいですか? (1) はい (2) いいえ	

〈1日の生活の流れ〉 ※ 仕事、散歩、習い事、畑仕事、趣味等、普段の過ごし方を記入下さい

