



入院時間診票

お名前 ()

この問診票は、患者様の入院前の状況を知ることで、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。

該当する項目を○で囲むか、記入をしてください。

なお、この問診票は個人情報の保護に則り、厳重に取り扱い致します。

健康管理について

1. 今回の入院治療、病状について、医師からどのように説明を受けましたか。

()

2. 説明を聞いて、不明な点やもっと尋ねたいことは、ありますか。

無
有

()

3. 今までにかかった病気やケガ・手術・入院の経験がありますか。

無
有

例) 高血圧・糖尿病・がん・結核など

年齢	病名	治療経過

4. 通院中の医療機関（かかりつけ医）

無
有

（ 医療機関名 ）

5. アレルギーがありますか。

無
有

（ 薬剤名：
食物名：
その他： ）

6. 嗜好品について

1) お酒は飲みますか

いいえ
はい

（ どのくらいのペースで飲んでいますか。
毎日 () 日/週 付き合い程度 その他：
何をどのくらい飲んでいますか。
種類： 1回の量： ）

2) 現在タバコを吸っていますか。

いいえ

はい (歳から 歳まで、 1日 本)

3) 今までにタバコを吸ったことがありますか。

いいえ

はい (歳から 歳まで、 1日 本)

7. 糖尿病について

1) 糖尿病または、血糖が高いといわれたことはありますか。

無

有 (何もしていない ・ 通院中 _____ 年 ・ 中断 _____ 年)

2) ご両親または、兄弟で糖尿病の人がいますか。

無

有 ()

わからない

3) ご両親または兄弟で、糖尿病による腎臓病、眼の病気、神経の病気の方がいますか。

無

有 ()

わからない

4) ご両親または兄弟で、糖尿病による心筋梗塞、狭心症、脳梗塞、脳出血の方がいますか。

無

有 ()

わからない

栄養について

1. 現在どのような食事ですか。

普通食 ・ 粥 ・ 治療食 ・ 経管栄養 ・ 胃瘻

2. 食事の回数は何回ですか。 (回位/日)

3. 間食をしますか。

無

有

何を:
どのくらい:

4. 嫌いな食べ物や、飲み物がありますか。

無

有 ()

5. 制限されている食べ物や飲み物がありますか。

無

有

何を:
どのくらい:

6. 入れ歯がありますか。

無

有 (総入れ歯・部分入れ歯 (上 ・ 下) 取り外し可・不可 グラグラしている歯)

7. 食事をする際に、困っていることはありますか。

無

有

(吐き気 ・ 飲み込みにくい ・ むせる ・ 下痢 ・ 口内炎 ・ 虫歯)

8. 皮膚の状態で気になるところがありますか。

無

有 ()

9. 体重の変化はありましたか。

無

有

(いつ頃から :
() Kg 増加 ・ 減少)

排泄について

1. 排便は何日に何回位ありますか。

() 日に () 回位)

2. 便の性状

硬い ・ 普通 ・ 軟らかい ・ 下痢 ・ その他 ()

3. 便の色

茶色 ・ 血液が混じる ・ 黒 ・ 白 ・ その他 ()

4. 1日の尿の回数を教えてください。 () 回/日

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	排泄	服薬	歯磨き
一人で出来る								
少し手伝いが必要								
全て手伝いが必要								

2. 利き手はどちらですか。

右利き

左利き

3. 歩くときに何か使用しますか。

無

有 (杖 ・ 歩行器 ・ その他：)

4. 住居環境について、該当するところに○をつけてください。

	商店街	住宅地	団地	郊外	田園	エレベーターあり
平屋						
二階建て						
高層（3階建て以上のアパート、マンション）						

5. 普段過ごしている部屋は、何階ですか。

一階 ・ 二階以上

睡眠・休息・その他

1. 就寝・起床時間を教えてください。()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 ・ 途中で目覚める ・ 朝早く目覚める)

3. 眠れない時の対処法はありますか。

無

有 (睡眠薬 ・ その他)

その他

1. 麻痺やしびれ、身体の動きの悪いところはありますか。

無

有 (部位：)

2. 認知症、物忘れはありますか。

無

有 (程度：)

3. 現在の職業と仕事内容を教えてください。

職 業：()

仕事内容：()

4. 趣味を教えてください。

()

5. 信仰している宗教は、ありますか。

無
有

(入院中に制限されること、困ることはありますか。)

6. 入院によって生じる問題がありますか。

無

有

例) 遠方から来院するが、自動車の運転ができない。

年金生活である。生活保護を受けている。等

(内容 :)

7. 病気の治療、入院に関して、経済的問題がありますか。

無

有

(内容 :)

8. メディカルソーシャルワーカー（医療や福祉の相談委員）に、相談してみたい事がありますか。

無

有

(内容 :)

ご家族について

1. ご家族は病状をどのように捉えていますか。

(例) 医師の説明が分からなかった。もっと医師に伝えたい、知っていてほしいことがある。等)

2. 家族構成（配偶者・両親・兄弟・子供・同居の有無）についてご記入ください。

例) 夫 50 歳 長男 18 歳 長女 15 歳の 4 人暮らし

3. 入院中に病状や治療方針を一緒に聞いて、考えてくださる方はどなたですか。

氏名 _____ 続柄 _____

氏名 _____ 続柄 _____

4. 緊急連絡先をご記入ください。

1. 氏名 _____ 続柄 _____ 住所 _____ TEL 携帯 _____

2. 氏名 _____ 続柄 _____ 住所 _____ TEL 携帯 _____

3. 氏名 _____ 続柄 _____ 住所 _____ TEL 携帯 _____

社会的支援について

1. 介護保険申請状況について

無
申請中
有

介護保険を利用されている方へ
今回の入院について、ケアマネージャーに
連絡をしてください。

(要支援 1 ・ 2) (要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

介護保険の有効期限 (年 月 日 ~)

居宅介護支援事業所名 ()

ケアマネージャー氏名 ()

連絡先 (TEL _____)

2. 利用しているサービスに○をつけてください。

利用しているサービス \ 曜日	月	火	水	木	金	土	日
訪問診療（往診）							
訪問看護							
訪問介護（ヘルパー）							
訪問リハビリ							
デイケア・デイサービス							
ショートステイ							
その他							

3. 施設入所している場合

施設名 ()

連絡先 ()

4. 障害者手帳の有無

無

有 (肢体 ・ 内部 ・ 視覚 ・ 聴覚 ・ 言語 ・ 精神) () 級

5. 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。

()

※入院時は現在飲んでいる薬とお薬手帳を持参してください。
ご協力ありがとうございました
千葉県循環器病センター看護局
2018年6月改定