

基礎情報の記入について(見本)

ご入院されるにあたり、お体の状態や、普段の生活のことを教えてください。多くの内容でご面倒とは思いますが、皆様の健康の回復や、少しでも心地よくお過ごしいただけるように、出来るだけ役立てたいと思いますのでよろしくお願い致します。連絡先と患者様・ご家族様記入欄(太枠の中)のご記入をお願いします。連絡先は出来るだけ2名様のご連絡先と、お持ちでしたら携帯電話の電話番号の記入もお願いします。分からない所は後で看護師が伺います。

注意事項：誤って記入された場合は修正テープ等を使用せず、二重線で消して余白に記入をお願いします。

基礎情報(共通①)

記入していただくところ
太枠の中

入院日： 月 日 () 自宅・施設・病院 より
連絡先：(1)氏名： ○山 ○太 (続柄 夫) 電話番号：① 048-〇〇〇-〇〇〇〇 来院手段と所要時間 電話番号：② 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (車で20 分)
連絡先：(2)氏名： ○山 ○吉 (続柄 長男) 電話番号：① 047-〇〇〇-〇〇〇〇 来院手段と所要時間 電話番号：② 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (電車で1時間分)

病名：	既往歴	家族構成
入院までの経過：		キーパーソン ()
社会資源情報 介護保険の認定 (有・無・申請中) 介護度 (要支援1・2/要介護1・2・3・4・5) 身体障害者手帳 (有 級・無) 特定疾患 (有・無・申請中) 重度心身障害・その他の受給証 ()	入院時バイタルサイン BT: °C P: 回/分 R: 回/分 BP: / mmHg SpO2: % 意識レベル： 認知症日常生活自立度判定 ()	
患者様・ご家族様記入欄	看護師記入欄	看護診断
1. 病気や治療についてのどのように説明されましたか。 (脳梗塞といわれている)	1. 病気の捉え方 ()	1. 健康知覚-健康管理 <input type="checkbox"/> 非効果的健康維持 <input type="checkbox"/> 非効果的治療計画管理
2. 治療や服薬を守れなかった事がありますか。 (はい・ いいえ)	2. 2の理由 ()	<input type="checkbox"/> 身体損傷リスク状態 <input type="checkbox"/> 非効果的家族治療計画管理
3. 喫煙しますか。 (はい ・ いいえ) (1日10本35年間吸っていた65才から吸っていない)	3. 告知の有無 (有・無)	<input type="checkbox"/> 転倒リスク状態 <input type="checkbox"/> 感染リスク状態
4. 飲酒しますか。 (種類： ビール 量： 500ml /日) (はい ・ いいえ)	4. アレルギーの詳細 ()	
5. アレルギーはありますか。 (はい・ いいえ)	5. 輸血歴 ()	
6. 輸血した事がありますか。 (はい・ いいえ)	6. 転倒歴 ()	
7. 転んだ事がありますか。 (はい ・ いいえ)		