

入院時質問表

(記入して入院時に提出してください)

フリガナ	男	明・大・昭・平
氏名	女	年 月 日生 (歳)
		職業
連絡先 1.	様 続柄 ()	Tel 携Tel
2.	様 続柄 ()	Tel 携Tel
今までに大きな病気にかかった事がありますか？ (手術した事がありますか？何歳の時ですか？どこの病院でしましたか？) 1.() 2.()		
輸血をしたことがありますか？ (有 ・ 無) いつ頃ですか？ ()		
日常生活について質問します。		
食事内容	1. 普通食 2. おかゆ 3. 流動食 4. その他 ()	
食欲	1. 旺盛 2. 普通 3. あまりない 4. ない	
食事時間	1. 規則的 2. 不規則 (回/日) 甘い ・ 辛い ・ 油っこい ・ あっさり	
食事	調理者はどなたですか？ ()	
飲酒	1. 飲む (酒 1. 日 合、ビール 本、その他 本 期間： 年間) 2. 飲まない	
喫煙	1. 吸う (1. 日 本 期間： 年間) 2. 吸わない	
睡眠	1. よく眠れる 2. 普通 3. あまり眠れない 4. 眠れない 5. 睡眠剤を使用している (薬品名：) 睡眠時間はどれくらいですか？ ()	
排便回数	回 / 日 (最終 /)	
下剤	1. 飲んでいない 2. 時々飲んでいる 3. 常用している (薬品名)	
排尿回数	1 日の排尿回数は？ (~ /日) 排尿困難はありますか？ (あり ・ なし) 夜間・就寝後の排尿は？ (~ 回)	
入浴	1. 毎日 2. 2日に1回 3. その他 (日に 回) 最終 /	
洗髪	1. 毎日 2. 2日に1回 3. その他 (日に 回) 最終 /	
月経	1. 規則的 2. 不規則 (日周期) 最終月経は？ (閉経 歳) 月経困難はありますか？ (有 ・ 無)	
アレルギー	1. ない 2. 食物で () 3. 薬物で () 4. その他で ()	
その他	義 歯 (有 ・ 無) 補聴器 (有 ・ 無) 眼 鏡 (有 ・ 無) コンタクト (有 ・ 無) 使用しているものは？ (杖 ・ コルセット)	

家族構成をお教えてください。

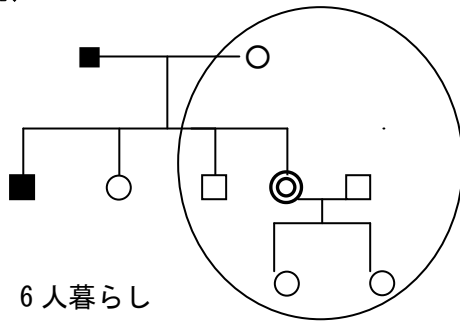
□：男性 ○：女性

死亡者は黒で塗りつぶして下さい。

現在一緒に暮らしている人を○で囲んで下さい。本人は二重◎でお願いします。

(例)

ココに記入ください。



信仰している宗教はありますか？ (有 ・ 無)

趣味は？

よろしければ宗教名を教えてください。

()

性格について

あなたは自分がどんな性格だと思っていますか？

あなたは家族や友人からどのような性格と言われていましたか？

情緒は安定していますか？ (はい ・ いいえ)

今まで対人関係で問題がありましたか？ (有 ・ 無)

65歳以上の方へお願いします。

介護保険を申請していますか？

(している ・ していない)

すでに申請されている方は要介護度を教えてください。

要介護 (支援 1 2 3 4 5)

差し支えなければ、介護支援センターをご記入下さい。

()

利用内容

(デイサービス 回 月 火 水 木 金 土 日)