

患者氏名： \_\_\_\_\_

入院にあたり、ご記入をお願い致します（裏面もお願い致します）。

●連絡先を2か所うかがっています。ご記入下さい。

1.氏名( \_\_\_\_\_ ) 続柄( \_\_\_\_\_ ) 電話番号①( \_\_\_\_\_ )

電話番号②( \_\_\_\_\_ )

2.氏名( \_\_\_\_\_ ) 続柄( \_\_\_\_\_ ) 電話番号①( \_\_\_\_\_ )

電話番号②( \_\_\_\_\_ )

●検査の説明や治療方針について、ご本人以外ではどなたにお話すればよろしいですか？

( \_\_\_\_\_ )

●入院までの経過を教えてください。

(いつから、どのような症状があり、病院を受診されましたか?)

●今一番気になる症状はどのような症状ですか？

●医師からはどのように説明を受けましたか？

●今回の病気について、どのように感じていますか？

本人：

家族(続柄： \_\_\_\_\_)

●今までにかかったことのある病気・入院歴はありませんか？手術などを受けられたことがある場合は教えてください。

●ご家族の中で以下のような病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？

高血圧   心疾患   喘息   糖尿病   癌   その他( \_\_\_\_\_ )

●現在飲んでいる薬があれば教えてください。

(お薬手帳や糖尿病連携手帳、ワーファリン手帳などがあればご持参下さい)

●アレルギーをお持ちですか？

薬品( ) 食べ物( )

その他( )

●介護認定を受けていますか？

はい (要支援 1, 2 要介護 1, 2, 3, 4, 5 ) いいえ  
ケアマネージャー：( )

●ドナーカードをお持ちですか？

あり (ある場合お持ちください) なし

●普段の生活において (食事や運動、健康のためなど) 工夫されていることがあれば教えてください。 あり

なし

●喫煙はしますか？

しない する(どのくらいですか？\_\_\_\_\_)

●飲酒はしますか？

しない する(何をどのくらいですか？\_\_\_\_\_)

●該当するものがあれば教えてください。

眼鏡 コンタクトレンズ 補聴器 (右、左) 義歯 (上、下) ペースメーカー  
その他 ( )

●普段の生活でいつも行っていることや、習慣等がありましたら教えてください。

例) 右側にリモコンを置いている。トイレの時間が決まっているなど

●その他、病院へのご要望などありませんか？

例) 面会制限、個室希望など

ご協力ありがとうございました。

岩手県立軽米病院