

## 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ひします。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ひします。分からぬ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)

<b>記入していただくところ 太枠の中</b>																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">入院日：</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">( )</td> <td style="width: 40%;">自宅・施設・病院 より</td> </tr> <tr> <td colspan="5">連絡先：(1) 氏名： ○山 ○太 (続柄 夫 )</td> </tr> <tr> <td colspan="5">電話番号：① 048-○○○-○○○○ 来院手段と所要時間</td> </tr> <tr> <td colspan="5">電話番号：② 090-○○○○-○○○○ (車で20 分)</td> </tr> <tr> <td colspan="5">連絡先：(2) 氏名： ○山 ○吉 (続柄 長男 )</td> </tr> <tr> <td colspan="5">電話番号：① 047-○○○-○○○○ 来院手段と所要時間</td> </tr> <tr> <td colspan="5">電話番号：② 080-○○○○-○○○○ (電車で1時間分)</td> </tr> </table>			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-○○○-○○○○ 来院手段と所要時間					電話番号：② 090-○○○○-○○○○ (車で20 分)					連絡先：(2) 氏名： ○山 ○吉 (続柄 長男 )					電話番号：① 047-○○○-○○○○ 来院手段と所要時間					電話番号：② 080-○○○○-○○○○ (電車で1時間分)				
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-○○○-○○○○ 来院手段と所要時間																																					
電話番号：② 090-○○○○-○○○○ (車で20 分)																																					
連絡先：(2) 氏名： ○山 ○吉 (続柄 長男 )																																					
電話番号：① 047-○○○-○○○○ 来院手段と所要時間																																					
電話番号：② 080-○○○○-○○○○ (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: ℃ 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 <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 <input type="checkbox"/> 転倒リスク状態 <input type="checkbox"/> 感染リスク状態																																			
2. 治療や服薬を守れなかった事はありますか。 ( はい ・ いいえ )	2. 2の理由 ( )																																				
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)																																				
4. 飲酒しますか。 ( 種類: ビール 量: 500ml / 日 )	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. 輸血した事はありますか。 ( はい ・ いいえ )	6. 転倒歴 ( )																																				
7. 転んだ事はありますか。 ( はい ・ いいえ )																																					