

ご記入後、お手数ですが本用紙を直接下記FAX番号までお送り下さい。

**FAX番号:042-712-3132**

ご家族様向け 入院問い合わせ書			
※患者様の病状や処方薬がわかる書類がございましたら、一緒にお送り下さい			
ふりがな 患者氏名		男 女	生年月日 明治 大正 年 月 日 昭和 歳
住所	Tel. — —		
ふりがな 相談者	続柄	日中の 連絡先	
住所	Tel. — —		
医療保険	社会保険 国民保険 後期高齢者 生活保護 特定疾患		
減額認定証	無・有 区分		
障害者手帳	級 障害名		
介護保険	未申請 申請中 要支援 要介護 1 2 3 4 5		
現在の状況	在宅 入院・入所中(病院・施設名 )		
現在の通院	無・有 ( 科 月/ 回 病名 )		
食 事	状態	自立 見守り 一部介助 全介助 経口摂取 鼻腔栄養 胃ろう )	
	形態	主食	ご飯 お粥 その他( )
		副食 (おかず)	普通 やわらかめ きざみ ミキサー その他( )
	治療食		
	嚥下(飲み込み)	むせない 時々むせる 毎回むせる	
	食欲	ある 日によりむらがある なし	
	利き手	右・左	
排 泄	尿意	ある 時々ある なし	
	便意	ある 時々ある なし	
	日中	自立 誘導 一部介助 全介助 トイレ ポータブルトイレ リハパンツ おむつ 尿器	
		自立 誘導 一部介助 全介助 トイレ ポータブルトイレ リハパンツ おむつ 尿器	
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助		
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助		
整容	自立 一部介助 全介助		
寝返り	自立 何かにつかまれば可 全介助		
座位	自立 背もたれあれば可 全介助		
立位	安定 不安定 不可		
歩行	安定 不安定 不可		
移乗・移動	自立 見守り 一部介助 全介助		
器具	杖 歩行器 シルバーカー 装具 車椅子(自走可 自走不可)		
睡眠	普通 眠れないことが多い 不眠 眠剤使用( )		
視力	見える 見えにくい 見えない(右 左)		
聴力	聴こえる 聴こえにくい 聴こえない(右 左)		
言語	話せる 話せるが聞き取りにくい 話せない		
喫煙	吸わない 吸う(日 本)		
飲酒	飲まない 飲む		
理解度	理解できる 理解できない時がある 理解できない		

○認知症・精神状態 ・ありの場合は、( )内に具体的に様子をご記入下さい

被害妄想	なし	時々	あり	( )
幻覚・幻聴	なし	時々	あり	( )
記憶障害	なし	時々	あり	( )
感情が不安定	なし	時々	あり	( )
昼夜逆転	なし	時々	あり	( )
暴言・暴行	なし	時々	あり	( )
大声を出す	なし	時々	あり	( )
介護に抵抗	なし	時々	あり	( )
抑制	なし	時々	あり	( )
徘徊	なし	時々	あり	( )
帰宅願望	なし	時々	あり	( )

○医療処置

点滴	IVH(中心静脈栄養)	気管切開	吸引( 回/日)	酸素( 0/分)	ペースメーカー	
人工呼吸器	疼痛の管理	インシュリン注射	( 回/日)			
カテーテル( )		ストーマ(人工肛門)	膀胱ろう			
褥瘡(床ずれ)	(部位 (処置内容)	大きさ		深さ	ポケット	有・無 )
皮膚疾患	(部位 (処置内容)	大きさ		深さ		)
その他 ( )						)

○今までの経過・現在の状況

○1日の生活パターン・生活上の注意点

○ご本人・ご家族の希望

○心配な事や質問等がございましたら、ご記入下さい