

入院時間診票 (P T A 用)

患者様の入院前の生活状況を知り、入院中に必要とされるケアの援助計画や問題解決のための情報となります。ご面倒とは思いますが下記の設問にご記入ください。また、該当する項目を○で囲んでください。

氏名 様					
*職業 (会社員・自営業・医療職・主婦・学生・無職・その他:)					
*アレルギーはありますか..... いいえ ・ はい					
・ 食品 (いいえ ・ はい) (食品名:)					
・ 薬品 (いいえ ・ はい) (薬品名:)					
・ その他 (いいえ ・ はい) (ダニ・ハウスダスト・花粉・アルコール・絆創膏・日光・金属・その他:)					
*連絡先					
	氏名	(ふりがな)	続柄	電話番号	その他の連絡先
1	()				
2	()				
*過去に治療した経験や入院したことのある病気のこと					
発病時期	病名	治療内容			
年 月 歳頃		入院・通院・内服中・検査・手術・その他()			
年 月 歳頃		入院・通院・内服中・検査・手術・その他()			
年 月 歳頃		入院・通院・内服中・検査・手術・その他()			
年 月 歳頃		入院・通院・内服中・検査・手術・その他()			
年 月 歳頃		入院・通院・内服中・検査・手術・その他()			
年 月 歳頃		入院・通院・内服中・検査・手術・その他()			
年 月 歳頃		入院・通院・内服中・検査・手術・その他()			
*今回、入院するまでの経過					
*PTA回数()回目					
*日常生活について介助が必要なことはありますか					
食 事 : 自立・介助() 清 潔 : 自立・介助()					
整 容 : 自立・介助 排 泄 : 自立・介助()					
移 動 : 自立・介助()					
不眠対策はありますか..... いいえ・はい (睡眠薬 ・ その他:)					
右記の項目に該当しますか.....いびき ・ 寝言 ・ 歯ぎしり					
*日常生活において支障がありますか					
視力について : いいえ・はい (眼鏡 ・ コンタクト ・ その他:)					
聴力について : いいえ・はい (大きな声で聞こえる・補聴器・その他:)					
言語について : いいえ・はい ()					
*家族構成をご記入ください(続柄・年齢・同居者) ()					
*病状説明などをお聞きになる方はどなたですか ()					
*お世話をしてくれる方はどなたですか ()					
*介護度を持っていますか ()					
いいえ・申請中・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)					
ケアマネージャーはどなたですか (氏名: 所属先:)					
*訪問診療を受けていますか...いいえ ・ はい (訪問医名:)					
*訪問看護を受けていますか...いいえ ・ はい (訪問看護名:)					
*下記に該当する方は□にチェックをし、必要事項をご記入ください					
□ 透析をしている 透析日 : 月水金・火木土・その他()					
シャント・表在化・その他() 場 所 : 右・左					
施設名 ()					
□ ペースメーカーが入っている 設 定 () 心 拍 数 ()					
□ 在宅酸素をしている 酸 素 量 () L 業 者 名 ()					

*** 入院時間診票とすべてのお薬とその説明書・市販薬・栄養剤・サプリメントなどは必ずお持ちください。 ご協力ありがとうございました。**

