

患者様氏名 ()

記入者 ご本人 ・ 代筆 (代筆者名

続柄:)

① 今までに診断・治療を受けたご病気や手術歴などを簡潔に教えてください。

例) ・〇歳 転倒して右股関節の骨折 手術を受けて人工関節を入れた
 ・〇歳 白内障と△△病院で診断 手術を受けた 現在◇◇クリニックで通院継続中

② 現在受けている医療処置がございましたら○をつけてください。

(胃瘻 ・ 経鼻胃管 ・ 中心静脈栄養 ・ 呼吸器装着 ・ 気管切開 ・ 在宅酸素 ・ その他)

③ 現在通院されている病院の今後の通院予定を教えてください

例)・〇〇病院 3ヵ月毎の受診 次回診察日 9/10 今後も通院を継続したい
 ・△△クリニック 毎月受診 次回診察日 8/15 今後は訪問に切り替えたい

④ 家族構成を教えてください。また主に介護をされている方に○をつけてください。

例) ○夫(同居) ・ 長男夫婦(埼玉在住) ・ 長女(近所に住んでいる)

⑤ 嗜好品について教えてください。あてはまる箇所に○もしくは記入をお願いします。

アルコール… 毎日飲酒(1日の量:) ・ 時々飲酒 ・ 飲まない
 喫煙…毎日喫煙している(1日の量: 本、 歳～現在まで)
 以前は喫煙していた(1日の量: 本、 歳～ 歳まで)
 全く吸わない

⑥ 身長と体重をおおよそで構いませんので教えてください。

身長: cm 体重: kg

⑦ 何かアレルギーがあれば教えてください。

薬品…

食べ物…

その他(花粉、ハウスダスト、アルコール消毒など)…

⑧ 今まで接種した予防接種について教えてください。あてはまる箇所に○もしくは記入をお願いします。

- ・带状疱疹ワクチン… 未接種 ・ 接種歴あり(接種日:)
- ・肺炎球菌ワクチン… 未接種 ・ 接種歴あり(接種日:)
- ・コロナワクチン… 未接種 ・ 接種歴あり(回接種した)
- ・インフルエンザワクチン… 未接種 ・ 時々接種している ・ 毎年接種している

⑨ 日常生活について教えてください。あてはまるところに○をつけてください。

- ・移動…室内は(独歩可 ・ 杖や手すりを使用して歩行可 ・ 車椅子 ・ 寝たきり)
外出時は(独歩可 ・ 杖やシルバーカーを使用 ・ 車椅子を使用 ・ 寝台を使用)
- ・食事…食事内容(普通食 ・ お粥や柔らかめの食事・ とうもろこし使用 ・ 配食弁当 ・ その他)
入れ歯の使用 (あり ・ なし)
食事中むせこみの有無(あり ・ なし)
- ・保清…入浴(場所: 自宅 ・ デイサービス ・ その他) 介助(あり ・ なし)
歯磨き(自力で可 ・ 介助があれば可 ・ あまりできていない)
更衣(自力で可 ・ 介助があれば可)
- ・排泄…(トイレを使用 ・ ポータブルトイレを使用 ・ ベッド上で排泄)
おむつの使用(あり ・ なし)
失禁の有無(あり ・ なし)
- ・コミュニケーション…難聴(あり ・ なし)
補聴器の使用(あり ・ なし)
意思の疎通(可能 ・ 時折可能 ・ 不可能)
- ・睡眠…(良眠 ・ 時々不眠 ・ 不眠で辛い)
睡眠薬(毎日内服 ・ 時々内服している ・ 内服していない)
- ・服薬管理…(本人が管理 ・ 家族で管理 ・ 訪問看護師で管理 ・ 飲み忘れあり)

日常生活のことで、何か補足事項がございましたら記載をお願いします

⑩ 現在利用しているサービスの内容について教えてください。

・訪問看護…(利用していない ・ 利用している	曜日	NO.3 時頃)
・訪問リハビリ…(利用していない ・ 利用している	曜日	時頃)
・訪問介護…(利用していない ・ 利用している	曜日	時頃)
・デイサービス…(利用していない ・ 利用している	曜日	時頃)
・ショートステイ…(利用していない ・ 利用したことがある 事業所名:)
・訪問歯科…(利用していない ・ 利用している 歯科医院名:)

⑪ かかりつけの薬局がございましたら教えてください。

薬局名:

薬局の電話番号:

薬剤師による訪問薬剤指導 (利用している ・ 利用していない)

⑫ 現在内服しているお薬の残りの日数を教えてください。

あと 日分

⑬ お仕事や趣味・特技について教えてください。

お仕事:

趣味:

特技:

⑭ ご本人・ご家族のご希望について教えてください。

・医療処置や検査について、積極的にしてほしいこと、あまりしてほしくないことがございましたら教えてください。

・今後の療養場所について、ご希望がございましたら教えてください。

・急変して救命措置が必要となった時の対応について、現時点でご希望がございましたら教えてください。

ご記入ありがとうございました