

～入院される患者様・ご家族の方へ～

この度のご入院にあたり、私たちは、皆様が 1 日も早く回復されますよう最善の看護をしたいと願っております。そこで、看護の参考にさせて頂くため以下の質問にお答えください。

ご記入された内容につきましては、入院中の治療・看護以外に利用することはありませんので、その旨ご理解の上、支障のない範囲でご記入いただくようお願い申し上げます。

尚、ご記入の際にはボールペンでご記入ください。

1. 患者様氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

現在の職業 \_\_\_\_\_

元職業 \_\_\_\_\_

入院中の連絡先を 2ヶ所以上ご記入ください。

1) Tel ( ) 続柄 ( ) 氏名 ( ) 住所 ( )

2) Tel ( ) 続柄 ( ) 氏名 ( ) 住所 ( )

3) Tel ( ) 続柄 ( ) 氏名 ( ) 住所 ( )

2. 入院に至るまでの経過をお書きください。

[ ]

3. 現在の症状についてお書きください

[ ]

4. 入院・通院治療した病名をお知らせ下さい。

いつ頃	病名	治療 (手術・薬)	治療病院名
(例) 40歳頃	(例) 高血圧	(例) 内服治療中	(例) ○○病院

5. 現在当院以外のお薬を飲んでいますか。

いいえ・はい [ どの病院でもらっていますか ]

6. 健康のために何か習慣にしていることがありますか。

いいえ・はい [ どのようなことをされていますか: ]

7. 嗜好について

煙草を吸いますか : 吸わない・吸う

吸うと答えた方 1日 ( ) 本

吸わないと答えた方で喫煙歴がある方 ( ~ 歳まで喫煙) ( 本)

酒類は飲みますか : 飲まない・飲む

飲むと答えた方 [ 酒の種類 量 ]

8. アレルギーはありますか。あれば ( ) 内に具体的にお答えください。

薬剤 : なし・あり ( )

食品 : なし・あり ( )

9. 今回のご入院について医師よりどのような説明を受けておられますか。

[ ]

10. 今回の入院についてどのように受け止められていますか。

{ 本人 :  
家族 : }

11. 身長 ( ) 体重 ( )

12. 最近体重の変化はありましたか？あった方は具体的に記入してください。

( 月・年) で ( ) kg (減った・増えた)

13. 食事について

食事回数 : 1日 ( ) 回

食事時間 : 規則的・不規則 (不規則な理由 ; )

食欲 : 旺盛・普通・不振 (不振の原因 )

好き嫌い : なし・あり (食品 ; )

食事制限 : なし・あり ( )

入れ歯 : なし・あり (部分・総入れ歯) 取り外せますか ( はい・いいえ)

14. 排泄について

排尿回数 ( 回/日 の内夜間の排尿回数 回)

出にくい・漏れるなど症状があればお書きください。

( )

便通 : ( ) 日に ( ) 回

便の性状 : 下痢気味・普通・便秘・その他 ( )

便通調整のためにお薬を使っている方はどんなお薬かお書きください。

( )

最終排便 ( 月 日 )

腹部症状

なし・あり (腹部症状 : )

15. 睡眠について

よく眠れますか ( 眠れる・眠れない《原因 》) 睡眠時間 ( )

眠れない時どのようになっていますか ( )

16. 気分転換にされている事はありますか

なし ・ あり (気分転換の方法

)

17. 運動機能障害はありますか

いいえ・はい(運動を障害している原因:

)

移動手段 (

)

18. 日常生活について

	現在の状態 (現在の状態に○を入れてください)		
食事	できる	少し介助が必要	できない
着替え	できる	少し介助が必要	できない
入浴	できる	少し介助が必要	できない
洗面	できる	少し介助が必要	できない
歯磨き・咳嗽	できる	少し介助が必要	できない
排泄	できる	尿、ポータブルトイレ使用	オムツ使用 (昼・夜)
視力	見える	眼鏡等を使用すれば見える	見えない
聴力	聞こえる	大声なら聞こえる	聞こえない

19. 言語障害はありますか

いいえ・はい (コミュニケーションの方法:

)

20. ご自身の性格についてどのように思われますか?

おおらか ・ 陽気 ・ 頑固 ・ 神経質 ・ 短気 ・ 気が小さい

その他 (

)

21. 入院するにあたっての心配事や気になること・ご希望があれば何でもお書き下さい。

(病気・仕事・経済的問題・家庭について医師・看護師への希望・その他)

22. 月経に着いて (女性の方のみご記入ください)

最終月経 年 月 日より 日間 閉経 歳

23. 不安やストレスをよく感じることはありますか: ない ・ ある

あると答えた方は不安・ストレスを感じる時、どう対処しますか

24. 信仰している宗教 (

)

ご協力ありがとうございました。

松永病院看護部



看護師記入欄

家族構成

□ \_\_\_\_\_ ○

看護師氏名 \_\_\_\_\_

# 患者様・ご家族の皆様へ

## ～転倒・転落防止対策についての説明～

当院では、転倒・転落により患者様に不利益が生じる事を回避する為、また安全な療養生活を送っていただく為に危険度に応じた防止対策に取り組んでいます。

( )様の現在の危険度を検討しましたところ下記の様になりました。

危険度Ⅰ(0～3点)・・・転倒・滑落を起こす危険性がある。

危険度Ⅱ(4～6点)・・・転倒・滑落を起こしやすい。

危険度Ⅲ(7～以上)・・・転倒・滑落をよく起こす。

転倒・転落が起きますと、受傷の危険性も高く回復遅延や日常生活動作の低下など今後の生活に大きな影響を及ぼします。実際に 病院内で起こる転倒・転落は自室が一番多く、一日のうちでは朝と夕に危険度が高いといわれています。また 72%が自力での行動によるものといわれています。

皆様に安全な療養生活を送っていただくためにも当院の安全対策への取り組みをご理解下さいますようお願い申し上げます。

〈次の点でご協力お願い致します〉

- 1) これまで患者様が転倒や転落を起こしたことがある場合は、その情報を<sup>スタッフ</sup>スタッフにお伝え下さい。
- 2) 病状により落ち着かない場合は、服用されているお薬を変えたり、やむを得ず活動を制限させていただきます場合があります。(但し基本的には活動を制限しない事を旨としております)

対策をとっても転倒・転落の危険性が非常に高い場合もあります。患者様の安全のためにやむを得ず活動制限する場合は、患者様・ご家族の方に事前に相談した上で実施し、早期の解除を目指します。

なお、緊急の場合は医師の指示により活動制限を開始後に報告の場合もございますのでご了承下さい。

ご協力をお願い致します。

上記の説明を受けました。

20 年 月 日

氏名

(本人との続柄)

松永病院

説明者サイン( )



# 洗濯の申込書、病院用紙おむつ使用／使用中止申込書

医療法人 徳松会 松永病院  
院長 殿

当院入院療養に当たり、令和 年 月 日より以下印の

洗濯（使用開始・使用中止）、紙おむつ（使用開始・使用中止）  
を申し込みます。使用開始をお申し込みされた場合に実費負担（別紙参照）と  
なります。

施設内洗濯

紙おむつ

紙おむつテープ止めタイプ

外もれ安心パット

リハビリパンツレギュラー

令和 年 月 日

患者名 \_\_\_\_\_

(以下事務使用)

病棟確認者サイン	会計確認者サイン	院長決済
----------	----------	------

松永病院洗濯・紙おむつ使用申込書  
使用開始・使用中止（○で囲む）

# 自己負担いただく費用(税込)

平成30年3月1日現在

個室料金 ¥1,500~¥5,000

法定の「文書料」、「特定医療保険材料」、「薬剤容器」にかかる費用

テレビカード ..... ¥ 1,000/枚

冷蔵ロッカー使用料.....¥ 40/日

紙おむつ代	購入代金	
紙おむつテープ止めタイプ	(¥2,500/袋)	(¥150/枚、¥750/5枚)
外もれ安心パット	(¥1,500/袋)	(¥ 40/枚、¥200/5枚)
リハビリパンツレギュラー	(¥2,500/袋)	(¥140/枚、¥700/5枚)

洗濯・クリーニング・有料貸し出し物品・外部委託費用

1. 下着・パジャマ・タオルなど施設内での洗濯..... ¥ 300/日
2. 貸し出し水着(洗濯代含む)..... ¥ 300/回

※出張理髪のご用命、水着・介護用品・歩行補助具の購入については指定業者を斡旋します。

なお、病床にてお貸しする下記の備品については汚損・紛失時には賠償弁済金を頂戴いたします。

電子体温計	¥2,000	シーツ	¥6,000
液晶テレビ	¥60,000	枕	¥6,000
液晶テレビ・リモコン	¥20,000	枕カバー	¥2,000
掛布団	¥20,000	電動ベッドリモコン	¥10,000
敷布団	¥20,000	電動下肢運動器	¥100,000
肌布団	¥8,000	歩行器	¥30,000
包布	¥6,000	杖	¥6,000
冷蔵ロッカーの鍵	¥6,000		