

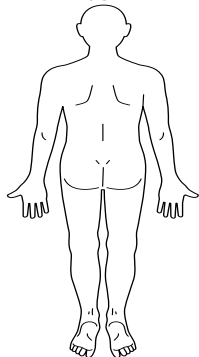
患者基本情報・問診票

記入日

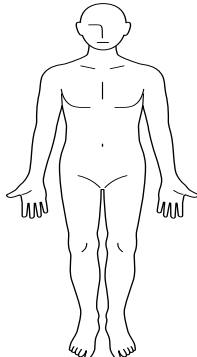
フリガナ		性 別	介護度
氏 名			☐ 要支援 ()
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日 歳		☐ 要介護 ()
キーパーソン		続 柄	連絡先
			- -

症状について(できるだけ詳しくお書きください)

① どこが (○で囲んで下さい)



具体的に 例) 心臓



② どんな症状ですか

- ☐ 呼吸困難感
☐ SpO2低下
☐ 食思不振
☐ 褥瘡
☐ その他 (具体的に)

③ いつからですか

- ☐ 今日の _____ 時頃から
☐ 昨日の _____ 時頃から
☐ _____ 日前から
☐ _____ 週間前から
☐ その他 : _____

④ 同様の症状は以前からありましたか

- ☐ 今回が初めて
☐ 以前にもあった
 いつ頃 _____

⑤ 薬剤情報を本票と合わせてFAXをお願いします

⑥ 既往歴

⑦ 現在のバイタルをご記入下さい

血圧	/	脈拍数	回
SpO2	%	酸素投与	☐ 有 ☐ 無
呼吸数	回	体温	℃

DNARについて

- ・当院で提供できる以上の医療 (積極的な延命治療など) を望まれる方は対応できかねます
 ・ご家族の意思を必ずご確認ください

☐ ご家族 (後見人等) に確認しました ☐ 上記希望あるため他院を希望されました

通常のADL	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
危険行動	☐ 有 ☐ 徘徊 ☐ ルート自己抜去 ☐ 暴力 ☐ 暴言 ☐ その他 : ☐ 無
家族来院確認	☐ 済 ☐ 未確認 ☐ 来院可 (_____ 頃) ☐ 来院不可 【 ☐ 電話対応可能 ☐ 施設職員対応 】
移動手段	☐ 当院指定介護タクシー 【 ☐ 車椅子 ☐ リクライニング ☐ ストレッチャー 】 ☐ 救急車
その他伝達事項 必ずご確認ください ※確認後✓をお願いします。	☐ 現時点での看護サマリー・患者さん用基礎情報を本日中にFAXをお願いします ☐ 処方されている薬はすべて持参下さい ☐ オムツはレンタルになります ☐ 病衣、タオル等レンタル可能ですが持参される場合には2日から3日分の着替えをお願いします ※必要書類に記入をお願いしたいので来院可能な日時をご記入下さい 当日中 _____ 時頃 or _____ 月 _____ 日に ☐ 施設職員・ ☐ 家族 (_____) が来院します