

ID: _____ 記載日: 令和〇〇年〇〇月〇〇日
 ※太枠内を黒ペンでご記入ください。(注: 記入例のため赤ペンで記載しています)
 ★連絡先①または②のうち、緊急時の連絡先にチェック してください。 記載者: 山田 次郎 (続柄 長男)

患者氏名 住所	フリガナ ヤマダ タロウ 氏名: 山田 太郎 様	男 女	生年月日 M・T・S・H 10 年 1 月 1 日〇〇歳
	住所: 〒 123-4567 静岡市葵区〇〇〇〇1-2-3		TEL(自宅) 054-123-4567 TEL(携帯) 090-1234-5678 職業 無職
連絡先① 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/>	フリガナ ヤマダ ジロウ 氏名: 山田 次郎	(続柄) 長男	(年齢) 〇〇
	住所: 〒 同上		TEL(自宅) 054-123-4567 TEL(携帯) 090-2345-6789 職業 会社員 TEL(勤務先) 054-345-6789
連絡先② 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/>	フリガナ サトウ ハナヨ 氏名: 佐藤 花代	(続柄) 長女	(年齢) 〇〇
	住所: 〒 234-5678 静岡市清水区〇〇〇2-3-4 〇〇〇101号		TEL(自宅) 054-234-5678 TEL(携帯) 090-3456-7890 職業 看護師 TEL(勤務先) 054-456-7890

●「緊急時の連絡先(メールアドレス)登録」について
ご入院手続きの際に詳しい説明をさせていただきますので、当日中にご登録をお願い致します。

●家族構成を教えてください。

氏名	続柄	同居	氏名	続柄	同居
山田 花子	妻	<input type="radio"/>	佐藤 花代	長女	<input type="radio"/>
山田 次郎	長男	<input type="radio"/>			
山田 一郎	長男の妻	<input type="radio"/>			
山田 愛	孫娘	<input type="radio"/>			

●今までの病歴				●入院中にお世話してくれるのはどなたですか?			
発症	病名	病院名(かかりつけ病院は○をつけてください)	定期受診	氏名() (続柄:)			
15歳	虫垂炎	県立総合病院	有・無 <input checked="" type="radio"/>				
56歳	心房細動	静岡病院→ <input checked="" type="radio"/> 循環器内科	有・無 <input checked="" type="radio"/>	●アレルギーはありますか? 薬品() 食品(サバ、そば、乳製品) その他(花粉症や喘息など) ()			
?歳	両目白内障	〇〇眼科	有・無 <input checked="" type="radio"/>	●タバコは吸いますか? はい(本/日) ・ いいえ			
71歳	脳出血	県立総合病院→ <input checked="" type="radio"/> 循環器内科	有・無 <input checked="" type="radio"/>	●お酒は飲みますか? はい(杯/日) ・ いいえ			
歳			有・無	介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / / ・ 調査日 / /) <input checked="" type="checkbox"/> 要支援(1・2) 要介護(<input checked="" type="radio"/> 1・2・3・4・5) 居宅名: 〇〇居宅支援事業所 ケアマネージャー: 鈴木 愛子さん 利用中サービス: デイサービス 週2回			
歳			有・無	当院退院後の方向性 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他(記入例: 〇〇老健施設申込中)			

●今までの病歴

発症	病名	病院名(かかりつけ病院は○をつけてください)	定期受診
15歳	虫垂炎	県立総合病院	有・無 <input checked="" type="radio"/>
56歳	心房細動	静岡病院→ <input checked="" type="radio"/> 循環器内科	有・無 <input checked="" type="radio"/>
?歳	両目白内障	〇〇眼科	有・無 <input checked="" type="radio"/>
71歳	脳出血	県立総合病院→ <input checked="" type="radio"/> 循環器内科	有・無 <input checked="" type="radio"/>
歳			有・無
歳			有・無

●入院中にお世話してくれるのはどなたですか?
氏名()
(続柄:)

●アレルギーはありますか?
薬品()
食品(**サバ、そば、乳製品**)
その他(花粉症や喘息など)
()

●タバコは吸いますか?
はい(本/日) ・ いいえ

●お酒は飲みますか?
はい(杯/日) ・ いいえ

介護保険
未申請
申請中(申請日 / / ・ 調査日 / /)
要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
居宅名: **〇〇居宅支援事業所**
ケアマネージャー: **鈴木 愛子さん**
利用中サービス: **デイサービス 週2回**

当院退院後の方向性
自宅 施設
その他(記入例: 〇〇老健施設申込中)

病院・リハビリに対する希望・思い
**日中一人になるため、
トイレに一人でいけるようになりたい。**

部屋希望 個室

病気・ケガをする前の様子

移動 自立 伝い歩き 杖 シルバーカー
車いす その他()

排泄 トイレ ポータブルトイレ 尿器 尿カテーテル
オムツ リハパンツ その他(**夜間のみポータブル**)

食事 普通食 治療食 経管栄養 その他()
自立 見守りや準備で自立 一部介助 全介助

会話 可 あいまい 不可

※ご不明な点がございましたら、アールアンドオー地域医療・介護ネットワーク室 ☎054-275-2755までお問い合わせください。

ID: _____ 記載日: 令和 年 月 日
 ※太枠内を黒ペンでご記入ください。
 ★連絡先①または②のうち、緊急時の連絡先にチェック してください。 記載者: (続柄)

患者氏名 住所	フリガナ 氏名: 様	男 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳
	住所: 〒		TEL(自宅) TEL(携帯) 職業
連絡先① 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/>	フリガナ 氏名:	(続柄)	(年齢)
	住所: 〒		TEL(自宅) TEL(携帯) 職業 TEL(勤務先)
連絡先② 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/>	フリガナ 氏名:	(続柄)	(年齢)
	住所: 〒		TEL(自宅) TEL(携帯) 職業 TEL(勤務先)

●「緊急時の連絡先(メールアドレス)登録」について
ご入院手続きの際に詳しい説明をさせていただきますので、当日中にご登録をお願い致します。

●家族構成を教えてください。

氏名	続柄	同居	氏名	続柄	同居

●今までの病歴				●入院中にお世話してくれるのはどなたですか?			
発症	病名	病院名(かかりつけ病院は○をつけてください)	定期受診	氏名() (続柄:)			
歳			有・無				
歳			有・無	●アレルギーはありますか? 薬品() 食品() その他(花粉症や喘息など) ()			
歳			有・無	●タバコは吸いますか? はい(本/日) ・ いいえ			
歳			有・無	●お酒は飲みますか? はい(杯/日) ・ いいえ			
歳			有・無	介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / / ・ 調査日 / /) <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 居宅名: ケアマネージャー: 利用中サービス:			
歳			有・無	当院退院後の方向性 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他(記入例: 〇〇老健施設申込中)			

●今までの病歴

発症	病名	病院名(かかりつけ病院は○をつけてください)	定期受診
歳			有・無
歳			有・無
歳			有・無
歳			有・無
歳			有・無

●入院中にお世話してくれるのはどなたですか?
氏名()
(続柄:)

●アレルギーはありますか?
薬品()
食品()
その他(花粉症や喘息など)
()

●タバコは吸いますか?
はい(本/日) ・ いいえ

●お酒は飲みますか?
はい(杯/日) ・ いいえ

介護保険
未申請
申請中(申請日 / / ・ 調査日 / /)
要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
居宅名:
ケアマネージャー:
利用中サービス:

当院退院後の方向性
自宅 施設
その他(記入例: 〇〇老健施設申込中)

病院・リハビリに対する希望・思い

部屋希望 個室

病気・ケガをする前の様子

移動 自立 伝い歩き 杖 シルバーカー
車いす その他()

排泄 トイレ ポータブルトイレ 尿器 尿カテーテル
オムツ リハパンツ その他()

食事 普通食 治療食 経管栄養 その他()
自立 見守りや準備で自立 一部介助 全介助

会話 可 あいまい 不可

※ご不明な点がございましたら、アールアンドオー地域医療・介護ネットワーク室 ☎054-275-2755までお問い合わせください。