

【入院患者様アンケート】 見本

【 年 月 日 () : 入院 病棟 : 担当医 : ※病院記載欄
 【相談形態: 地域連携パス () ・ リエゾン ・ PD短期 ・ PD外来 】

今後、各専門職が連携・協力しながらサポートさせていただきます。
 それにあたり、これまでの生活やご家族の状況をお伺いしたいと思いきま
 ご協力をお願いいたします

患者様の情報、家族様の意思決定の中心人物になる方から中
 心に連絡先記載をお願いいたします。

ふりがな	にしやまと			
患者氏名	西大和 太郎 様	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	入正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 平成	
住所	〒639-0218 奈良県北葛城郡上牧町ささゆり台3丁目2-2			
ご家族 連絡先	①西大和 紘 様(続柄 長男)	電話 090-△△△-□□□□ □ 0745-△△-□□□△	ご職業 会社員、土日休み平日は 19:00まで電話つな がらない	
	②西大和 友 様(続柄 長男妻)	電話 090-000-□□□□ □	ご職業 パート 不定休 9:00~15:00	
介護保険 (介護認定)	無 ・ 事業対象者 <input checked="" type="radio"/> (要支援 1・2 / 要介護 <input checked="" type="radio"/> 1・2・3・4・5) ・ 申請中 ケアマネージャー事業所 (○○ケアプランセンター) Tel (0000-△△-0000) (○△さん)		身体障害者 手帳 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
介護保険 サービス 利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 週2回 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス・デイケア (入浴) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 (玄関前・上がりかまち・トイレ・お風呂・その他) <input type="checkbox"/> 福祉用具 (ベッド・車椅子・歩行器・手すり・その他 ()) <input type="checkbox"/> 施設入所 (入所施設名:) 廊下とトイレに手すりあり			
住宅環境 など	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て (玄関前の階段 15cm程度の高さで 4段) <input type="checkbox"/> マンション (階/エレベーター 有 ・ 無)			
入院前にかかっていた病院 (今回の病気の発症前のかかりつけ医)	病院名 ※診療科や主治医名もご記入下さい ○○クリニック △△△△先生 ○○医科大学附属病院 □□□科 △△△△先生			
今までになつた病気 (今回の病気以外で過去になつた病気や治療中の病気)	20年程前 骨折したことがあるようだが、詳細不明 2008年頃~ 糖尿病・高血圧の治療始める 2017年 脳梗塞 ○○○病院 入院 2020年 腰部脊柱管狭窄症 手術を勧められたが本人が拒否して実施していない 2024年 右大腿骨頸部骨折 ◇◇◇病院 入院 ○○先生			
入院前のご生活について (該当する欄にチェックをお願いいたします)	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 全て自分で出来ていた	<input type="checkbox"/> 一部助けていた	<input type="checkbox"/> 全て助けていた
	お手洗	<input checked="" type="checkbox"/> 全て自分で出来ていた	<input type="checkbox"/> 一部助けていた	<input type="checkbox"/> 全て助けていた
	入浴	<input type="checkbox"/> 全て自分で出来ていた	<input checked="" type="checkbox"/> 一部助けていた	<input type="checkbox"/> 全て助けていてデイサービスで
	移動	<input type="checkbox"/> 何も使わずに歩行出来ていた <input checked="" type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()		

●今回入院までに、日頃していること、趣味などございましたらご記入下さい

仕事 家事（調理・掃除・洗濯・買い出し）習い事（ウォーキング会週2回）

運転 散歩 庭の手入れ 畑仕事 新聞・読書 テレビを見て過ごす

ラジオを聞く 自治会の活動 その他（ ）

●当院退院後に住む場所について

ご自宅（本人宅 家族と同居）

●退院に際しての目標を記入して下さい

・自分で杖や手すりなどで歩いてトイレに行ける。

施設

・上記が出来なければ施設への入所も考えることに

その他

検討中

なるかもしれない

●家族構成、患者様の周囲の環境についてご記入ください。

一人暮らし 家族・親族同居（どなたと：妻、孫（長男の子））

高齢者のみの世帯

経済面の不安

同居者はいるが日中は一人になる（同居者が不在の時間：孫は20時まで帰らない）

身の回りの世話をする人が育児中 身の回りの世話をする人に持病があり治療中 妻も腰が悪い

相談出来る人や支えてくれる人がいない

その他患者様の周辺環境でお伝えしたいことあれば記載ください

日中妻は家にいることがほとんどだが、腰悪く介護はできない。

孫は学生、アルバイトもありあまり家にいない。

長男夫婦は大阪に住んでいて週末ぐらいしか家に行けない。長女が隣の〇〇町に住んでいて

長女がよく気にかけて自宅訪問している。

ご協力ありがとうございました

以下、スタッフ記入欄	紹介病院	
病名 (発症日)		
家族図（キーパーソン：)	特記事項	
<p>●保険情報 <input type="checkbox"/>健保 <input type="checkbox"/>国保 <input type="checkbox"/>後期高齢()割 <input type="checkbox"/>特定疾患()手帳:有・無 <input type="checkbox"/>身障医療 <input type="checkbox"/>医療限度額() <input type="checkbox"/>生活保護(担当者:) <input type="checkbox"/>事故(担当者:) <input type="checkbox"/>労災</p> <p>●保険証情報同意 <input type="checkbox"/></p>		

西大和リハビリテーション病院 面談日:令和 年 月 日 面談者:()

【入院患者様アンケート】

【 年 月 日 () : 入院 病棟: 担当医: 医師】 ※病院記載欄

【相談形態: 地域連携パス () ・ リエゾン ・ PD短期 ・ PD外来】

今後、各専門職が連携・協力しながらサポートさせていただきます。
 それにあたり、これまでの生活やご家族の状況をお伺いしたいと思います。
 ご協力をお願いいたします。

ふりがな		性別	生年月日		電話
患者氏名	様	男・女	大正 昭和 平成	年 月 日 歳	
住所	〒				
ご家族 連絡先	(ふりがな)		電話		ご職業
	①	様(続柄)			
ご家族 連絡先	(ふりがな)		電話		ご職業
	②	様(続柄)			
介護保険 (介護認定)	無 ・ 事業対象者				身体障害者 手帳
	有 (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5) ・ 申請中 ケアマネージャー事業所 ケアマネージャー名 () () TEL () ()				有・無
介護保険 サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア (入浴あり・入浴なし) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 (玄関前・上がりかまち・トイレ・お風呂・その他 ()) <input type="checkbox"/> 福祉用具 (ベッド・車椅子・歩行器・手すり・その他 ())				
住宅環境 など	<input type="checkbox"/> 一戸建て (玄関前の階段 cm程度の高さで 段) <input type="checkbox"/> マンション (階/エレベーター 有 ・ 無)				
入院前にかかっていた病院 (今回の病気 発症前の かかりつけ医)	病院名 ※診療科や主治医名もご記入下さい				
今までになつた病気 (今回の病気 以外で過去に なつた病気や 治療中の病気)					
入院前のご生活について (該当する欄にチェックをお願いいたします)	食事	<input type="checkbox"/> 全て自分で出来ていた	<input type="checkbox"/> 一部助けていた	<input type="checkbox"/> 全て助けていた	
	お手洗	<input type="checkbox"/> 全て自分で出来ていた	<input type="checkbox"/> 一部助けていた	<input type="checkbox"/> 全て助けていた	
	入浴	<input type="checkbox"/> 全て自分で出来ていた	<input type="checkbox"/> 一部助けていた	<input type="checkbox"/> 全て助けていた	
	移動	<input type="checkbox"/> 何も使わずに歩行出来ていた		<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器
		<input type="checkbox"/> その他 ()			

- 今回入院までに、日頃していること、趣味などございましたらご記入下さい
仕事 家事（調理・掃除・洗濯・買い出し） 習い事（
運転 散歩 庭の手入れ 畑仕事 新聞・読書 テレビを見て過ごす
ラジオを聞く 自治会の活動 その他（

●当院退院後に住む場所について ●退院に際しての目標を記入して下さい

- ご自宅（本人宅・家族と同居）
施設
その他 検討中

●家族構成、患者様の周囲の環境についてご記入ください。

- 一人暮らし 家族・親族同居（どなたと：
高齢者のみの世帯

- 経済面の不安 同居者はいるが日中は一人になる（同居者が不在の時間：
身の回りの世話をする人が育児中 身の回りの世話をする人に持病があり治療中

- 相談出来る人や支えてくれる人がいない

その他患者様の周辺環境でお伝えしたいことあれば記載ください

ご協力ありがとうございました

以下、スタッフ記入欄	紹介病院	
病名 (発症日)		
家族図(キーパーソン:)		
	特記事項	
<p>●保険情報 <input type="checkbox"/>健保 <input type="checkbox"/>国保 <input type="checkbox"/>後期高齢(割) <input type="checkbox"/>特定疾患(手帳:有・無) <input type="checkbox"/>身障医療 <input type="checkbox"/>医療限度額() <input type="checkbox"/>生活保護(担当者:) <input type="checkbox"/>事故(担当者:) <input type="checkbox"/>労災 ●保険証情報同意 <input type="checkbox"/></p>		