

【入院時間診票】ご入院される患者様・ご家族の方へ  
この問診票は患者様の入院前(在宅)の状況を知ることで、入院中の診療や看護・  
リハビリ訓練に役立てることを目的としています。転院までにご記入いただき、  
神戸リハビリテーション病院入院時にご持参ください。  
これらの情報は目的以外には使用いたしません。  
ご協力お願ひいたします。□にはレ点を記入してください。

1 患者様の名前：\_\_\_\_\_

住所：\_\_\_\_\_

固定電話：\_\_\_\_\_ 携帯電話：\_\_\_\_\_

2 緊急連絡先（24時間連絡可能な2か所）

① 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
② 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

3 入院・治療の説明を受ける主な家族

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

4 家族構成について（患者様を中心に）

① 配偶者 あり なし  
〔 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 〕  
② 兄弟・姉妹 あり 〈例：兄 自分 妹〉 なし  
〔 \_\_\_\_\_ 〕  
③ 子供 あり 〈例長女 28歳 長男 20歳〉 なし  
〔 \_\_\_\_\_ 〕  
④ 同居されている方 〈例：妻 55歳、次女 25歳〉  
〔 \_\_\_\_\_ 〕

⑤ 主な介護者 [ 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 ]  
・介護の負担 あり なし  
・関係 配偶者 子供 母親 父親 兄弟 友人 その他  
・介護者の健康状態は如何ですか 良い 悪い 不安がある

・入院で生じる心配事・困り事があればご記入下さい。

5 今回のご入院にあたり、いつからどんな症状があったか簡単にご記入ください。

[ ]

6 食べ物・薬剤などのアレルギーはありますか。

- ・食べ物 あり ( ) なし
- ・薬剤 あり ( ) なし
- ・その他 ( )

7 ケガや病気で通院や入院をしたことがありますか。

あり <例：14歳 虫垂炎で手術 56歳 高血圧で内服通院中> なし

歳

歳

歳

歳

歳

\* 受診予約 無 有 ( 月 日 病院名 : 科)

かかりつけ医からのお薬の処方があれば入院時にご持参ください。

8 生活習慣について

- ①たばこ 吸わない 吸う ( 歳から 1 日 本)  
以前吸っていた ( 歳から 歳まで 1 日 本 )

②お酒 飲まない 飲む 飲む方は下記にお答え下さい。

どのくらいのペースで飲んでいますか (毎日 2~3日/週 つきあい程度)  
一回に何をどれくらい飲んでいますか (種類 : ) (量 : )

9 当院に入院して目標にしている事は何ですか？(例：杖で歩ける。等)

[ ]

## 10 当院退院後の生活について

在宅      施設      その他      未定

## 11 入院前の生活についてお尋ねします。      わかる範囲でお答えください

- ① 仕事 あり ( ) 口なし  
② 食事について ・回数 ( ) 回／日      ・間食：あり なし  
  ・食べ物の好き嫌い：あり なし      ・食欲：あり なし  
  ・入れ歯の装着：あり なし  
  ・最近食事の量は減りましたか：はい いいえ(どれくらい)  
  ・体重の変動はいかがですか：減った 増えた (いつ頃から) どれ位 kg )

### ③ 排泄について

- ・便の回数：( ) 回／日      ・便失禁：あり なし  
  ・下剤の服用：あり なし      ・オムツの使用：あり なし  
  ・尿の回数 ( ) 回／日      ・夜間の尿の回数 ( ) 回  
  ・尿失禁 あり なし      ・発汗：多い 普通 少ない

### ④ 活動／休息について

- ・睡眠時間：( ) 時間      ・いびき：あり なし  
  ・不眠：あり なし      ・睡眠薬の使用：あり なし  
  ・運動障害：あり なし  
  ・補助具装着：あり なし (障害の部位：\_\_\_\_\_  
  ・最近転倒したこと：あり なし  
  ・趣味：あり [ ] なし

### ⑤ 病前の1日の過ごし方



## 12 宗教について

- ① 宗教に関する配慮の必要性：あり なし  
② 信仰による治療上の制限：あり なし

13 経済状況

## 入院費、在宅療養での経済的問題：□あり □なし

14 住居環境について

- ① 持家 借家 住宅改修は できる できない

② 共同住宅(公営・マンション・アパート 階) ③ エレベータ(有 無)

④ 戸建て(主に生活される場所は1階 2階 3階) ⑤ トイレ (和 洋)

⑥ 家屋段差 (多い 少ない ほぼ無)

⑦ 風呂 (据え置き うめ込み) ⑧ シャワー (有 無)

⑨ ベッド (有 無) ⑩ 手すり無 有 (口トイレ 口風呂 口階段 口その他)

⑪ 家の周囲環境 ( )

## 15 地域医療連携についてお尋ねします。

- ① 介護認定 : あり なし 申請中  
・ありの方（介護区分 : 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）

② 障がい者手帳 : あり なし  
・ありの方 : 手帳の種類 ( 級)

③ 入院前は施設に入所されていましたか : はい いいえ  
・はいの方 : 施設名

④ 現在受けている在宅サービス : あり なし  
・ありの方 : 下記に当てはまるものにチェックをお願いします。

医師による訪問診察 (月に 回) (医院名 : )

訪問看護 (月に 回) (事業所名 : )

介護ヘルパー ( 回/週 サービス内容 : )

訪問リハビリ ディサービス ( 回/週) ショートステイ ( 回/月)

配食サービス ( 回/週) 福祉用具レンタル (内容 : )

住宅改修 (内容 : )

ケアマネージャー事業所名 : 電話番号 :

担当者名 :

ご協力ありがとうございました。

神戸リハビリテーション病院 2025年12月 改訂

