

【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、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。

ご協力お願いいたします。□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)

[]

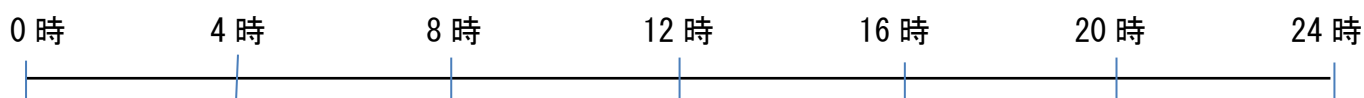
10 当院退院後の生活について

☐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 () ☐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（□トイレ □風呂 □階段 □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が：□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