

# 情報シート(問診票)

記入日: 年 月 日 現在

氏名	フリガナ		性別	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日(才)
			男・女			
第1連絡先	氏名	フリガナ	続柄	住所		
	TEL	日中:	夜間:	メールアドレス:		
第2連絡先	氏名	フリガナ	続柄	住所		
	TEL	日中:	夜間:	メールアドレス:		

※緊急時やその他連絡事項がある際は、第1連絡先が窓口となります。必要時は窓口になるご家族より他のご家族へご連絡をお願いします。

※第1連絡先の御意見を御家族様の総意とさせていただきますので、御家族様方で意見の集約をお願いいたします。

介護保険	無・申請中・申請済・認定調査済(月 日)・区変中(現在の介護度: )					
	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5					
	負担割合(割)					
ケアマネジャー	無 有(事業所名: 担当ケアマネ: TEL: )					
障害者手帳等	無・有(精神手帳 級・療育手帳 級・身体障害者手帳 級 → 障害名: ) 特定医療費受給者証: 無・有					
利用中サービス	無・有	通所リハビリ(デイケア)・通所介護(デイサービス)・訪問介護(ヘルパー)・訪問看護・訪問リハビリ ショートステイ・福祉用具レンタル・その他( ) 施設入所中(施設名: )				
家屋状況	①持家・借家 ②平屋・二階建・三階建・外階段 主に生活している階層 → ( )階 ③集合住宅(エレベーター有)・集合住宅(エレベーター無) ④就寝形態(布団・ベッド) ⑤トイレ(洋式・和式) ⑥その他(段差等 )					
退院後の目標	自宅・施設・療養病院					
家族状況	同居者( )名 主介護者( ) 家族構成:( )( )( )( )( )( )( ) ※同居者に○をお願いします < 記入例 > 両親・兄・妻・長女がおり、妻と長女と同居、主介護者が妻の場合 同居者( 2 )名 主介護者( 妻 ) 家族構成:( 父 )( 母 )( 兄 )( 妻 )( 長女 )					

※裏面の御記入もお願いいたします。

既往歴	年齢	病名	治療内容	治療された医療機関
			内服・手術・経過観察	
			内服・手術・経過観察	
			内服・手術・経過観察	
			内服・手術・経過観察	
			内服・手術・経過観察	
			内服・手術・経過観察	
			内服・手術・経過観察	
			内服・手術・経過観察	
			内服・手術・経過観察	
アレルギー	無・有	薬( ) 食べ物( ) その他( )		
睡眠	よく眠れる・普通・眠れない(常用薬:		服薬頻度: 時々・毎日)	
飲酒	飲まない・毎日飲む・一週間に 日程度飲む			
タバコ	吸わない・吸う( 才頃から一日 本程度)・禁煙済( 才頃から)			
宗教	無・有( )			
現職	無職・休職中(仕事内容: )			
職歴	よろしければ、差し支えない範囲で御記入ください			
性格				
趣味				

当院への入院に際し、御心配やお気づきのこと、御希望等ございましたら、御自由に御記入ください。