

患者氏名( ) 年齢( )  
 生年月日( 年 月 日 )

身長( )cm 体重( )Kg

本人の外来受診: 可 / 不可

◎より円滑に診療を行うため、下記の質問にお答えください

※訪問看護やケアマネが介入している場合は、どちらかがご記入をお願いします

【該当するものに○印をしてください もしくはご記入ください】

1. 現在の居住場所をご記入ください

- 自宅（同居している方: )
- 施設（施設名: )

（家族構成（例:妻(施設入所中)、長男夫婦、孫(中3、小6))長女(名古屋在住)※キーパーソンに○）

2. 現在利用中の社会資源サービスについてご記入ください

1) 介護認定: 無 / 有（介護度: )

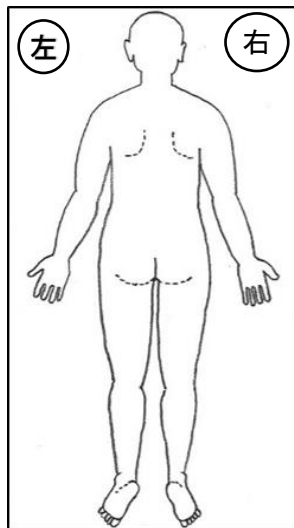
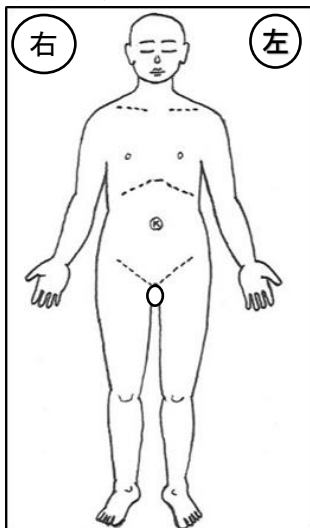
- 担当ケアマネージャー(居宅支援事業所: 氏名: 連絡先: )
- 訪問看護ステーション利用 無 / 有 ( 連絡先: )  
 ※ 回/週利用（曜日: )

• その他利用サービス

（

2) 褥瘡になった経緯と現在までの経過をご記入ください ( )年( )月頃より

褥瘡部位に○印をして下さい



3) 今までどこかで診察を受けましたか

- 受けていない
- 受けた

(医院・病院名:  
 いつ頃 年 月 頃  
 処置方法

（

3. 認知機能の低下はありますか？

- 無 / 有（症状 :

4. 生活の状況をご記入ください(例:ベッドで過ごす、日中は椅子に座ってテレビをみる、伝え歩きでトイレに行く)

（

\* 次頁も記入して下さい

5. 今までにかかったことのある病気・けがはありますか

| 病名  |     | いつから | 治療経過            | 薬の使用 | 通院先の医院名 |
|-----|-----|------|-----------------|------|---------|
| 糖尿病 | 無・有 |      | 通院中・治療していない     | 無・有  |         |
| 高血圧 | 無・有 |      | 通院中・治療していない     | 無・有  |         |
| 喘息  | 無・有 |      | 治った・通院中・治療していない | 無・有  |         |

| 病名 | いつから | 現在の治療の様子 | 薬の使用 | 手術  | 通院先の医院名 |
|----|------|----------|------|-----|---------|
|    |      | 治った・通院中  | 無・有  | 無・有 |         |
|    |      | 治った・通院中  | 無・有  | 無・有 |         |
|    |      | 治った・通院中  | 無・有  | 無・有 |         |

6. 今までに、アレルギー症状を起こしたことがありますか(皮膚の発疹・かゆみ・など)

・ない      ・ある      ある場合は、薬品名・食品名と症状をお知らせください

|     | 薬や商品名 | 症状(どんな状態でしたか) |
|-----|-------|---------------|
| 薬   |       |               |
| 食べ物 |       |               |
| 造影剤 |       |               |
| その他 |       |               |

7. 嗜好品      具体的にご記入ください

|     |  |                                   |                              |
|-----|--|-----------------------------------|------------------------------|
| タバコ | ・ 吸う<br>(1日      本位      年間)                 | ・ 以前は吸っていた<br>(      歳まで      1日) | ・ 吸わない<br>(本位)               |
| 飲酒  | ・ 飲む( 毎日      / 週)<br>何を(      )量 (      )ml | ・ 時々飲む                            | ・ 飲まない<br>(回数(毎日・      回/週)) |

8. 現在の状況をご記入ください

|  |
|--|
| ・食事形態      経口      /      経管      ( 経鼻      ・ 胃瘻      ・ 腸瘻 ) |
| ・食事内容 (      )   |
| ・使用中の寝具について      (和式布団/ベッド/介護用ベッド(体圧分散マットレス: 有 / 無 )         |
| ・麻痺の有無( 無 / 有 部位:      )                                     |
| ・拘縮の有無( 無 / 有 部位:      )                                     |
| ・骨突出部の有無( 無 / 有 部位:      )                                   |
| ・円背の有無( 無 / 有 ) ・脊柱の骨突出の有無( 無 / 有)                           |
| ・失禁の有無( 無 / 有 / 時々 )   |

9. その他ご要望や特記事項がありましたらご記入ください

[      ]

記載者 (      )      本人との関係 (      )