

患者住所:

患者電話番号:

緊急時の連絡先(報告・緊急時に必ず繋がる方2名を必ずご記入下さい、①②の順番で連絡をします)

	主介護者 (○をつける)	名前(ふりがな)	続柄	電話番号	住所
①		()		日中	
				夜間	
②		()		日中	
				夜間	

今回の病気や怪我以前の生活を教えてください(○または数字等を記入、わからなければ空欄でも大丈夫です)

項目	状況
生活	1人で生活ができた 誰かの助けが必要であった(具体例:) 全て介助されていた
お酒	飲まない・禁酒した(いつから 歳)・飲む(どの位)
たばこ	吸わない・禁煙した(いつから 歳)・吸う(どの位)
宗教	入院生活中に配慮が必要な事があれば看護師にお伝え下さい
仕事	なし・あり(復職希望の場合はリハビリテーション科職員にお伝え下さい)

アレルギーについて教えてください(○または数字等を記入、わからなければ空欄でも大丈夫です)

項目	状況
薬アレルギー	なし・あり()
食物アレルギー	なし・あり(卵 乳 貝 青魚 果物() エビ カニ その他())
他のアレルギー	

※嗜好で食べられないものに関するリクエストは受けられない可能性があります

今回の病気や怪我について、担当の医師からどのような説明を受けていますか

退院後の希望

項目	状況
退院先	自宅・施設・わからない
自宅の場合	独居・同居(家族が介護できる場合 終日 夜間のみ 日中のみ)

入院担当看護師名: