入院される方へ	入	院さ	れる	る方	<u>^</u>
---------	---	----	----	----	----------

患者氏名	
------	--

この用紙は患者さんを看護する上で活用させていただきます。

どうぞご協力お願い致します。											
		続柄		氏名					在住		
連絡先	1	TEL						携帯			
先		続柄		氏名					在住		
	2	TEL						携帯			
		父		歳	兄弟	歳				子供	歳
							配金	偶者	歳		
家族歴											
歴		母		·							
								<i>t</i> = 10	-		\
	病名				病院名		年齢	経過	<u> </u>	現在の状	況
								通院 · 手術手術名(治癒 ・ 治療中	- 未治療
								通院 • 手術 手術名(治癒 • 治療中	- 未治療
								通院 • 手術手術名(析)	治癒 • 治療中 •	・ 未治療
既往歴								通院 • 手術手術名(治癒 ・ 治療中	未治療
								通院 • 手術手術名(析)	治癒 • 治療中	未治療
			ļ					通院 • 手術 手術名(治癒 • 治療中	・ 未治療
								通院 · 手術 手術名(析	治癒 ・ 治療中 ・	・ 未治療

通院 • 手術

通院 • 手術 手術名(

)

手術名(

治癒 ・ 治療中 ・ 未治療

治癒 ・ 治療中 ・ 未治療

アレルギー	造影剤	有()無()		吸う()やめた()吸わない()
	食物	有()種類() 無()	喫煙	()本/日 ()歳から()年間
	薬物	有()種類()		毎日飲む()たまに飲む()
		無()	飲酒	飲まない()
	その他			
同居状態		独居()同居()同居者()	一戸建て() ()階
主たる介護者				マンション()
その他協力者				エレベーター有() 無()
介護認定		有()無()	家屋 状況	玄関先の段差 有()無()
要介護				トイレ 和式() 洋式()
担当ケアマネージャー		有()担当者名()無()		
サービスの種類				寝具 ベッド() 布団()
入院ま	での経過			
入院又は いて医師 説明	は手術につ iより受けた			
入院に際ること	そし困ってい			

ご協力ありがとうございました 社会医療法人孝仁会 札幌第一病院