

＜ 入院される患者様へ ＞

ご本人が記入できない場合は、代理の方が記入してください。

お答え頂いた内容については、秘密厳守をお約束いたします。

氏 名	TEL
緊急連絡先	1) <small>ふりがな</small> 氏名 続柄 TEL
	2) <small>ふりがな</small> 氏名 続柄 TEL
食 事	食欲はありますか (はい ・ いいえ)
	牛乳は飲めますか (飲める ・ 飲めない)
	入れ歯を使用していますか (はい ・ いいえ)
	食事の介助が必要ですか (はい ・ いいえ)
アレルギー	アレルギーはありますか (はい ・ いいえ)
	食べ物： () 薬物： ()
	ゴム製品 ・ テープかぶれ ・ その他： ()
嗜 好 品	タバコは吸われますか (はい ・ いいえ) 1日 () 本
	お酒は飲まれますか (はい ・ いいえ) { 毎日 ・ 時々 }
排 泄	尿の回数は1日 () 回ぐらい そのうち夜間に () 回ぐらい
	便の回数は1日 () 回ぐらい { 普通便 ・ 下痢気味 ・ 便秘気味 }
	便通のために何か工夫していますか (はい ・ いいえ)
	(下剤：薬品名 その他：)
	トイレの介助が必要ですか (はい ・ いいえ)
睡 眠	自宅では布団で寝ていますか (布団 ・ ベッド)
	眠れない時はどうしていますか ()
感 覚	痛みやしびれる部分がありますか (はい ・ いいえ)
	補聴器を使用していますか (はい ・ いいえ) { 右 ・ 左 }
職 業	仕事はされていますか (はい ・ いいえ) 職業 ()

ご協力ありがとうございました

多根記念眼科病院看護部