

入院時 患者情報用紙

I D : 身長 : cm
氏名 : 体重 : kg

1. 緊急連絡先 *必ず連絡の取れる方、①・②の2名を記入してください。

	氏名	続柄	電話番号	住所
①				
②				

2. 既往歴*今までにかかった病気やケガ ☐ サマリ 有

年齢	病気・ケガ	診断・治療を受けた病院

3. 入院するまでの経過*いつ頃よりどのような症状でしたか？ ☐ サマリ 有

4. 嗜好品・その他

アルコール 飲まない ・ 飲む (何を :) (量 :)
喫煙 吸わない ・ 吸う (歳 ~ 歳) (量 : /
日)

アレルギー なし ・ あり (薬 :) (食物 :)
輸血歴 なし ・ あり 緑内障 なし ・ あり 心疾患 なし ・ あり
糖尿病 なし ・ あり 高血圧 なし ・ あり 喘息 なし ・ あり

5. 介護保険について

申請 (未 ・ 申請中 ・ 済)
介護度 : 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
担当マネージャー所属 : ()
ケアマネージャー氏名 : ()