

# 事前調査票

当院では、患者さんの今までの生活について教えて頂き、入院中の看護に役だてたいと考えております。ご協力頂ける範囲で記入をお願い致します。なお、ご記入頂いた内容は当院のみで使用し外部に漏れることはありません。

確認看護師： \_\_\_\_\_

ふりがな  
お名前： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 男・女

生年月日： 平成・令和 年 月 日 歳 ヶ月

アレルギー 無・有 薬( \_\_\_\_\_ )食品( \_\_\_\_\_ )

その他( \_\_\_\_\_ )

## 家族構成及び緊急連絡先

(※緊急連絡先は2名以上で、必ず連絡が取れる番号を記入して下さい。)

氏名	続柄	年齢	電話番号
①			
②			
③			
④			
⑤			

## <予防接種について>

ワクチンを受けたもの 麻疹 風疹 おたふく 水痘 結核(BCG)既に罹患したもの 麻疹 風疹 おたふく 水痘 結核(BCG)1か月以内の予防接種 ない ある( \_\_\_\_\_ )

## <既往歴・手術歴>

--



## <呼吸について>

### 人工呼吸器

機器の種類 ( )  
設定 ( ) 酸素 ( L )  
装着時間 24 時間 ・ ( 時 ~ 時 )  
提携業者の緊急時連絡先 ※あるようなら記入して下さい。

使用機器名	業者名・担当者	電話番号

### 在宅酸素 ( 無 ・ 有 )

( L ) 投与時間 ( )

提携業者の緊急時連絡先 ※あるようなら記入して下さい。

使用機器名	業者名・担当者	電話番号

### 気管カニューレ

種類・サイズ ( ・ Fr ・ P )  
カニューレ交換 ( 毎に交換 ) 最終交換日 ( 月 日 )

### 吸入 ( 無 ・ 有 )

吸入内容 ( )  
自宅での施行時間 ( )

### 吸引

持続吸引 ( 無 ・ 有 )  
吸引チューブのサイズ : 口・鼻 ( Fr ) ・ 気管 ( Fr )  
吸引時間 : 口・鼻 ( ) 時間毎 ・ 気管 ( ) 時間毎  
気管吸引 : チューブ挿入長さ ( cm まで )

## <栄養について> 鼻腔・胃瘻・腸瘻

チューブ種類・サイズ(                      ・ Fr) 固定の長さ(              cm) 固定水(              ml)  
 チューブ交換(                      毎に交換) 最終交換日(              月              日)  
 1日総注入量(                      ml) とろみ( 無 ・ 有 ) ・ 量(                      )  
 普通の消化状態 : 胃残量(約                      ml/回)  
 時間・内容・量

時間	注入にかける時間	内容	量

ポンプの使用 ( 無 ・ 有 )

提携業者の緊急時連絡先 ※あるようなら記入して下さい。

使用機器名	業者名・担当者	電話番号

## <日常生活について> (児のこだわり・援助のコツなど知ってほしいこと)

栄養について	
呼吸について	
排泄について	
睡眠について (体位変換など)	
覚醒時について (遊びなど)	
その他	

## <在宅サービスについて>

訪問診療( 無 ・ 有 ) 病院名( ) 連絡先( )  
訪問看護( 無 ・ 有 ) 事業所名( ) 連絡先( )  
事業所名( ) 連絡先( )  
その他在宅サービスの利用 ( )