

平成30年度 第5回入院紙カルテ磁気化プロジェクト会議

1. 日時：平成30年9月26日（水）17：00～

2. 場所：医学部第二会議室（医学基礎A棟1階）

3. 議題

（1）各病棟の入院時間診票について・・・・・・・・・・議題1資料
藤村より説明

（2）その他

4. 報告

（1）磁気化指示に関するインシデント報告の院内通知・・・・・・・・報告1資料
プロジェクトリーダー 佐田先生より報告

（2）病棟スキャン試行状況について・・・・・・・・・・報告2資料
松村係長より説明

（3）病棟の注射指示書の保管中止通知について・・・・・・・・報告3資料
松村係長より報告

（4）入院補助診療録等の調査について・・・・・・・・・・報告4資料
藤村より説明

（5）その他

5. 次回開催日について

平成30年10月30日（火）17：00～

日亜ホール Blue（外来診療棟5階）

使用場所：
西病棟6階

入院された患者様へ

患者様がご自分の病気を良く理解されることが治療には大事と思われるので、当病棟では、入院された時に呼吸器・感染症内科およびアレルギー・膠原病内科の患者様すべてに対し下記のように医療に対するお考えをお聞きして、治療を進める上での参考とさせて頂いています。

お名前

性別： 男 ☒ 女 ☐

年齢 75 才

- A. 医療については、医師などの判断にまかせたいので質問には答えたくないと思われる方は、Aに○印をつけそのまま主治医にお渡しください。
- B. 質問に答えようとお考えの方は、以下にご記入になり主治医にお渡しください。また答えたくない、わからない部分については空白にされて結構です。
1. あなたは、ご自分の病気の検査結果、治療方針、病状経過などについて、どのように医師から説明を受けたいとお思いですか。
- (1) 詳しく知りたい
 - (2) 簡単に知りたい
 - (3) 家族に説明してほしい
 - (特に希望される方があれば名前をお書きください) _____ 様)
 - (4) 医師の判断に任す
2. あなたの病気がたとえば「がん」のような治りにくい病気でも、本当の病名をお知りになりたいですか。
- (1) 知りたい
 - (2) 知りたくない
 - (3) 医師の判断に任す
3. あなたの病気が「がん」のような治りにくい病気として、家族の方、そのほかの方(1で記入頂いた方など)が、あなたへ病名を告げることを反対しているとき、どのように希望されますか。
- (1) それでも自分の責任において病名を知りたい
 - (2) 家族などの意向に従ってほしい
 - (3) そのほか

4. そのほか説明等に関してご希望があればお書きください。

補助診療録として 必要

0-P-0201-0140

『入院された患者さんへ』

使用場所：
西病棟4階、7階

患者・家族の皆様へ

旧様式No. 2

今回の入院にあたり、あなたとあなたのご家族の医療に対するお考えをうかがい、あなたの医療に役立てたいと思いますので、下記の質問によくお考えの上でご回答願います。

※なお後日、内容に変更がありましたら、担当医または看護師長にお知らせ下さい。

1 あなたは、ご自分の病気の検査内容・結果・治療方針、病状経過などについてどの程度、医師から説明を受けたいと思われますか。以下の希望するところに○印を付けて下さい。

- ☒ ① 詳しく知りたい
☐ ② 簡単に知りたい
☐ ③ 医師の判断にまかす
☐ ④ 家族に説明して欲しい

①②④に○をされた方は次の中の項目を選んで○で囲んで下さい。
検査内容 必要性 他の検査方法の説明と選択 病名 病状 経過予想 治療
方針 治療方法の利点・欠点 他の治療方法の説明と選択

2 あなたは、ご自分の病気は何だと思われますか。

サルコイドーシス

3 あなたの病気がたとえ治りにくい病気でも、本当の病名をお知りになりたいですか。

- ☒ ① はい
☐ ② いいえ
☐ ③ その他
理由

4 あなたの病気の診断、治療について、他に説明して欲しい人がいましたら、1名選んで下さい。
その人の氏名 あなたとの関係

[Redacted Name]

[Redacted Relationship]

5 もし、あなたの病気が治りにくい病気として、家族、その他の方が、病名を告げることを反対している時、あなたはどのようにしますか。

- ☒ ① それでも自分の責任において正しい病名を知りたい。
☐ ② 家族、その他の人の意向に従う。
☐ ③ その他

6 その他、医療に関するあなたのお考えがありましたら、ご記入下さい。

補助診療録として 必要

0-S-0201-0141

「患者・家族の皆様へ」

記入日 29年 7月 20日

記入者氏名



【コピー可】

案**入院された患者さんへ****【院内共通様式】**

患者さんがご自身の病気をご理解されることが、治療には大事だと思われま

患者さんにご家族の医療に対するお考えをうかがい、治療を進めるうえでの参考とさせていただきます。以下のご質問にお答えいただき、主治医または詰所へご提出ください。

お名前：_____ 性別： 男 ・ 女 年齢：_____ 歳

*** 以下の質問事項の当てはまるものにチェックをしてください**

1. 医療については、医師などの判断に任せたいので以下の質問には答えたくない

☐ いいえ

☐ はい → 「はい」の場合は、主治医または詰所へご提出ください。

2. あなたは、ご自身の病気の検査結果、治療方針、症状経過などについて、どのように医師から説明を受けたいですか？

☐ くわしく知りたい

☐ 簡単に知りたい

☐ 医師の判断に任せる

☐ 家族に説明してほしい → 以下の欄にご記入ください

※特に説明を希望される、ご家族の方のお名前をご記入ください

氏名：_____ あなたとの続柄：_____

3. 説明を受けたい内容についてお答えください

☐ 検査内容

☐ 必要性

☐ 他の検査方法の説明と選択

☐ 病名

☐ 症状

☐ 治療方法の利点・欠点

☐ 経過予想

☐ 治療方針

☐ 他の治療方法の説明と選択

4. あなたの病気が、たとえ治りにくい病気でも、本当の病名をお知りになりたいですか？

☐ 知りたい

☐ 知りたくない

☐ 医師の判断に任せる

5. もし、あなたの病気が治りにくい病気だとして、ご家族の方、その他の方が、あなたへ病名を告げることを反対しているとき、あなたはどのように希望されますか？

☐ それでも自分の責任において正しい病名を知りたい

☐ 家族、その他の人の意向に従う

☐ その他

6. その他、説明や医療に関するご希望があればご記入ください

※なお、後日内容に変更がありましたら、主治医または詰所にお知らせください

記入日：_____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者氏名：_____

平成 30 年 7 月 31 日

各診療科（部）長
薬剤部長、看護部長
診療支援部長、栄養部長、事務部長 殿

入院紙カルテ磁気化プロジェクトリーダー
佐 田 政 隆
(担当：医事課診療録管理係 内線 2692)

磁気化指示に関するインシデント報告について（通知）

日頃は、当プロジェクトにご協力いただき、誠にありがとうございます。

平成 30 年 1 月より本格稼働しました磁気化指示につきまして、6 月報告分のインシデント事例をお知らせいたします。

関係部署におかれましては、インシデント防止にお役立ていただくようお願い申し上げます。

※磁気化指示の運用に関しましては、掲示板の「システム関係」－「必要時指示・指示コメント運用手順について」（2018 年 3 月 1 日）－医師指示運用マニュアル、入力マニュアル、指示機能質問票に掲載していますのでご参照ください。

➤ HIS 掲示板→システム関係

徳島大学病院 Tokushima University Hospital

2018年05月18日 17:10 第3金
ログイン者 使用端末 TG011154

ホーム メニュー 業務終了

フォルダ	タイトル	登録日時
緊急	次期病院情報システムWGについて	2018年04月19日 15:49
システム関係	★アカウントの有効期限についてのお...	2018年03月14日 14:03
病院全体	必要時指示・指示コメント運用手順に...	2018年03月01日 17:42
院内通知		
様式類 (病院全体)		
システム関係		
様式類 (システム関係)		
様式類 (処置伝票)		
医療安全情報 (PMD)		
医療安全情報 (法規)		
医療安全情報 (日本)		
新規医療機器研修会		
様式類 (パンフレット)		
循環器内科		
口腔管理センター		
クリニカルパスセン...		

医師課 濱田 泰法

入院紙カルテ磁気化プロジェクトにおいて、各指示機能運用マニュアル、入力マニュアルをとりまとめましたので掲載します。ご利用ください。
今後ともご協力方よろしくお願い申し上げます。

[入力マニュアル.pdf](#)
[医師指示運用マニュアル.docx](#)
[指示機能質問票.xlsx](#)

全てを読む...

電子カルテの傷病名更新について	2018年01月26日 13:03
文書管理システム (DocuMaker) の利...	2017年10月27日 16:01
携帯呼び出しの登録方法について	2016年08月23日 17:57

磁気化指示に関するインシデント 6月報告分

	インシデント内容	要因	対策
1	癌性疼痛に対し、オキシコドン徐放錠を4cap分2で内服中の患者に対し、5月13日9:11に担当医より「5月14日よりオキシコンチン内服中止」と指示コメントに指示が出された。その後9:26に終了の入力がされた。担当医から看護師へは、口頭で何も連絡が無かった。 13日の患者担当看護師が、20:44に指示コメントが有ることに気づき指示受けした。指示受けした時点では、指示が終了しているが、その事には気づかなかった。 14日以降は、指示コメントがハードコピーされ、そのコピーを見ながら内服準備をしていたため、オキシコドンが中止された状態であった。19日に担当医より問い合わせがあり、オキシコドンの中止指示が取り消されていることに気づいた。	・指示コメントで指示出した内容を中止したい場合は、看護師が指示受けする前の場合は、指示を削除するべきところ終了日を入力した。 ・看護師へは声かけがなかった。 ・指示が出された場合は、TO DO画面で指示受けのアラートが出るが、指示が中止されたものに関しては、看護師にシステム上アラートは出ないため、気づきにくい。 ・看護師は、指示受け時に終了日を確認せず指示受けした。 ・14日以降担当していた看護師は、オーバービューではオキシコドン中止の指示が無いはずであるが、ハードコピーされている指示コメントを見て内服準備したため、オキシコドンが中止されたままであった。	・医師は、指示コメントで指示出した指示を中止する場合、看護師が指示受けしていない場合は、指示を削除する。指示受けしている場合は、終了日を入力し、そのことを看護師に声かけする。 ・看護師は、指示受けする場合、終了日まで確認して指示受けする。確認時、疑義があれば指示医に確認してから指示受けする。 ・内服薬の指示に関しては、持参薬報告書・投薬指示書に指示出しすることになっており、運用を徹底する。
2	5月19日～5月21日の指示コメントに「血圧低下傾向のためカルデサルタン中止」の指示が出ていた。投薬指示書にも5月20日～中止の指示が出ていた。6月1日勤務している看護師が、5月31日にカルデサルタンが投与されていることに気づき、医師に確認すると中止のままであると言われた。	・内服薬準備時に投薬指示書を確実に確認できていなかった。 ・内服に関する指示は、指示コメントで指示出ししないことになっているが、指示コメントに指示があった。 ・中止の指示が終了しているため、内服再開と勘違いされる可能性があった。	・内服指示は紙媒体の指示書で指示出しすることを徹底する。 ・指示医は、内服薬の再開指示を出さなければ薬剤の再開はされないという認識で、終了日を設定している。 ・終了日の定義を共通で認識する必要がある。

スキャン室 入院スキャン実績

期間:2018.9.1~9.14

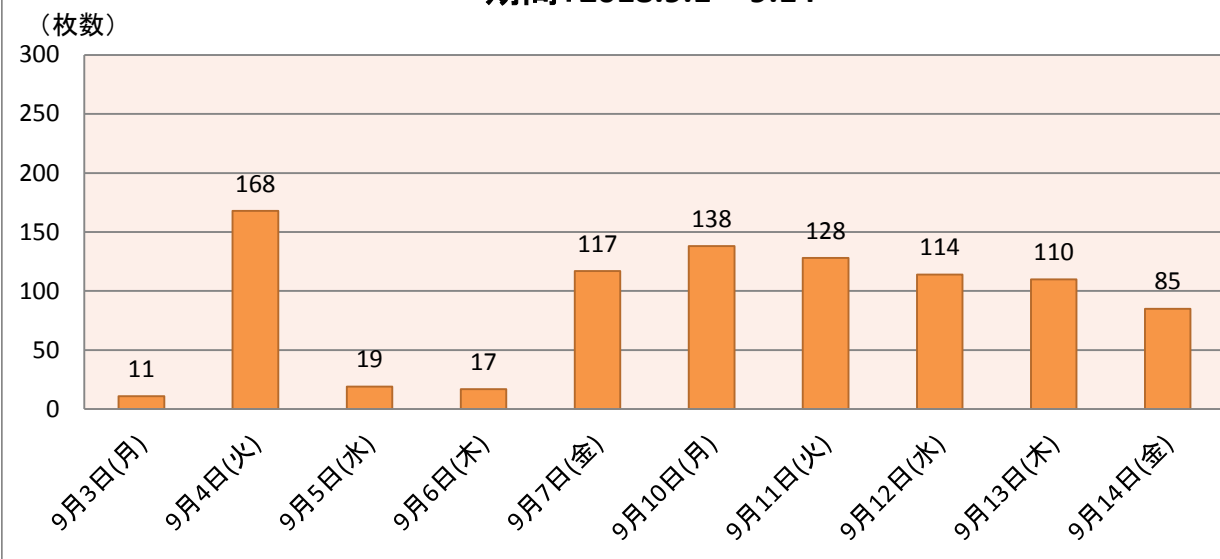
スキャン実施日	スキャン 実施枚	スキャン済み文書チェック			実施時間(分)	確認時間(分)
		件数	枚数	修正件数		
9月3日(月)	11	9	26	4	30	80
9月4日(火)	168	14	14	0	120	30
9月5日(水)	19	2	3	1	45	75
9月6日(木)	17	4	4	0	30	20
9月7日(金)	117	7	9	0	50	70
9月10日(月)	138	13	24	6	160	115
9月11日(火)	128	8	8	1	70	140
9月12日(水)	114	19	37	8	150	140
9月13日(木)	110	20	20	0	80	170
9月14日(金)	85	7	9	1	105	55
9月18日(火)						
9月19日(水)						
9月20日(木)						
9月21日(金)						
9月25日(火)						
9月26日(水)						
9月27日(木)						
9月28日(金)						
合計	907	103	154	21	840	895
平均	90.7	10.3	15.4	2.1	84.0	89.5

【多数発生している文書】

- ・注射指示書・・・10/1発生分から保管中止
- ・心電図
- ・持参薬報告書・投薬指示書

スキャン室 入院スキャン実績

期間:2018.9.1~9.14



病棟スキャン運用問題点

No.	日付	診療科	問題点	対処	記入者	PJ報告
27	2018/7/23	西病棟4階	病棟より、同じ文書(入院診療計画書「03010127」)が、日にち違いで二回登録されていた。	病棟クラークさんに、どちらか削除してもらうように依頼した。	飯尾	
28	2018/7/24	西病棟4階	病棟からのファイルの中に他院からの診療情報提供書といっしょに他院画像CTを印刷した文書が送られてきました。外来スキャンでは電子カルテにデータが入っているので診療科に返却していますが病棟スキャンの場合はどうすれば良いでしょうか？	松村係長に確認。 基本、外来・病棟と同じ運用にしないといけないですが今回は01010001診療情報提供書とまとめて登録して下さい。	濱田	
29	2018/7/25	西病棟4階	血圧脳波検査解析結果 画像診断報告書 超音波検査結果報告書(外来簡易超音波検査) 超音波検査結果報告書(頸動脈) 超音波検査結果報告書(下肢静脈) 画像	松村係長に確認。 電子カルテにデータが入っているので病棟に返却して下さい。 →7/27病棟師長から、これらの文書について、心臓血管外科・黒部医師からは病棟において廃棄しスキャン室へおくる必要はないとのことである旨ご連絡をいただいた。循環器内科、腎臓内科については病棟医長あてメールにて本件について病棟において廃棄する旨連絡した。	濱田	
30	2018/7/25	西病棟4階	心電図(文書種別:06010015)コピー文書で1枚目にスキャン依頼の患者さんと違う患者さんのデータがはいっていたのですがそのままスキャンしないで病棟にお返ししてよろしいですか？	松村係長に確認。 病棟に返却して再度、スキャン依頼をして下さい。	濱田	
31	2018/7/25	西病棟4階	NCD Feedback	松村係長に確認。 (文書種別:06999999検査・経過記録／その他／不明) コメント:NCD Feedback 登録してくださいとのことでした。 8/22番号取得⇒「05010733」	濱田	
32	2018/7/26	西病棟4階	病棟に返却する文書(日付やサイン漏れ・電子カルテにデータがある文書・チェックリスト等)が多く送達されるため、スキャンに時間がかかる。		飯尾	○
33	2018/7/27	西病棟4階	朝、病棟にスキャン文書を回収に行った際、昨日分の返却文書をクラークさんにお渡ししたところ師長さんと一緒に確認していただきました。電子カルテに入っている検査のデータ等は退院された患者さんなので病棟に返却されても困る。スキャン室で処分するか医局に返却してもらえませんか？→スキャン室では処分は出来ないので外来の場合でもお返ししています。係長にご都合の悪い事は報告しますが師長さんからも連絡していただけますか？と返答しました。	松村係長に報告済。	濱田	
34	2018/7/27	西病棟4階	送達票の枚数→前日に回収した文書の中にスキャン対象外の文書があり翌日に返却した場合、患者氏名ごと欄に枚数を訂正してもらい訂正印を押してもらったほうがよろしですか？	松村係長に確認。 スキャン室でわかるようにしていれば良いです。	濱田	
35	2018/7/31	西病棟4階	「血液浄化療法記録(文書種別番号:06050001)」スキャン済み印が押されていないが、病棟でスキャンされていた。	松村係長に確認。 病棟でスキャンされて送達される文書なので、スキャン済み文書のチェックをしてください。 病棟のほうで、スキャン済み印を押していただけるように依頼しました。	飯尾	○
36	2018/8/1	西病棟4階	「血液浄化療法記録(文書種別番号:06050001)」病棟でスキャンされる文書が、スキャンされずに送達されてきた。スキャン室でスキャンしても良いですか。	松村係長に確認。 スキャン必要な文書なので、スキャン室でスキャンしても良いとのことですが、病棟でスキャンしていただけるように依頼しました。 病棟クラークさんをお願いしたところ、「師長さんに伝えて下さい。」とのことです。←松村係長に報告済み。 松村追記)師長さんへ確認したところ、ほとんど透析室でスキャンしているが、次回を予定していないときなどにスキャンされていないものがあるかもしれない。スキャンしたものは「スキャン済」印、スキャンされていないものはそのまま送って頂くように依頼した。(シャチハタ「スキャン済」印発注した)	飯尾 松村	
37	2018/8/2	西病棟4階	条件付きMRI対応カード発行・個人情報利用同意書	松村係長に確認。 (文書種別番号:08999999) 申請書・報告書/その他/不明(申請書・報告書) コメント欄:条件付きMRI対応カード発行・個人情報利用同意書	濱田	
38	2018/8/2	西病棟4階	病棟からスキャン済文書のチェック 8/1(水)C-Scan Editor の不具合あり、病棟での登録時にスキャン場所の設定登録が出来ていなかった為、スキャンチェックツールでチェックができませんがどうしましょうか？	松村係長に確認。 CSVを出してしばらくの間(8/1登録分)はアナログで確認して下さい。	濱田	○
39	2018/8/3	西病棟4階	病棟クラーク水口さんより連絡あり昨日送達したスキャン済文書、本来OPが終わってから送達する分だったので一度、返却して欲しい。8/6(月)OP終了後、再度送達します。 依頼がありましたがどのような処理をすれば良いのでしょうか？	松村係長に確認。 病棟でのスキャン済文書なので外来と同様のデータ処理なし貸出処理をしてお貸ししてください。→今回は朝、回収時に病棟に届けましたが今後は貸出なのでスキャン室まで取りに来ていただくように説明して水口さんに了承していただいています。	濱田	
40	2018/8/3	西病棟4階	同じ患者様の日にち違いの「ペースメーカー計測結果」は、別々にスキャンしたほうが良いですか。	松村係長に確認。 まとめてスキャン登録してください。	飯尾	
41	2018/8/3	西病棟4階	「カテーテル検査レポート(06010119)」が、3枚まとめてホッチキスでとめられていた。どのように登録したら良いですか。	松村係長に確認。 まとめて「カテーテル検査レポート(06010119)」で登録してください。	飯尾	
42	2018/8/3	西病棟4階	「注射指示書(04010074)」に書かれている診療科が『救急科』になっていた。 外来スキャンの場合は診療科を変えているけど、入院スキャンの場合は、どのようにしたら良いですか。	松村係長に確認。 『救急科』で登録してください。 実績登録にも、『救急科』を追加しました。	飯尾	
43	2018/8/6	西病棟4階	「経食道心エコー検査を受けられた方へ」	松村係長に確認。 患者様にお渡しするような文書なので、病棟に返却してください。	飯尾	

病棟スキャン運用問題点

No.	日付	診療科	問題点	対処	記入者	PJ報告
44	2018/8/6	西病棟4階	「Head up tilt試験」	松村係長に確認。 (文書種別番号:06999999)コメント:「Head up tilt試験」で登録して下さい。	濱田	
45	2018/8/8	西病棟4階	病棟より、スキャン済印を押されて送達されてきた「入退院支援スクリーニングシート(X-D追記あり)」が、スキャンされていなかったが、こちらでスキャンしても良いでしょうか。	松村係長に相談。 電子カルテ等でスキャンされていないことを確認できたら、まず病棟クラークさんに電話で「スキャンされていないようなので、こちらでスキャンしてもよろしいですか。」と問い合わせから、スキャンしてください。	飯尾	
46	2018/8/10	西病棟4階	入院歴がなく、しばらく外来にも来られていない患者さんの「診療情報提供書」が送達されてきたが、どのように対応すれば良いでしょうか。 『ID:3100xxxx ○○○○』	松村係長に相談。 松村係長から西條先生に確認していただいたところ、入外区分はどちらでも良いとのことで「外来」で登録。 送達票をコピーし理由を書き込み、「入院スキャン文書 外来保管」の箱に保管しました。	飯尾	○
47	2018/8/14	西病棟4階	「入院される患者の皆様へ[成人用](02010032)」 同じ患者さんと、二種類送達されてきました。	別々に「02010032」で登録しました。	飯尾	
48	2018/8/14	西病棟4階	「看護基本情報聴取にあたって(06110058)」	X-Dの文書ですが、患者さんの書き込みもあり、スキャン登録しました。	飯尾	
49	2018/8/14	西病棟4階	「退院証明書(09010016)」	X-Dの文書なので、病棟に返却に行くと、「藤本先生がスキャン必要ということで、師長さんからスキャンしてくださいと言ってましたよ。」とクラークさんがおっしゃっていたので、今回はスキャンしました。 飯尾追記)松村係長に報告。 今後、「退院証明書(09010016)」はスキャンすることになりました。	飯尾	○
50	2018/8/16	西病棟4階	・「慢性腎臓病の原因探索に関する研究」へのご協力をお願い (05040002)(QRコード無し文書) ・研究の説明文書「腎臓病におけるApolipoprotein1の抗酸化能についての研究」について(05040002)(QRコード付き文書) 同じ文書種別ですが別々に登録してよろしいですか？	松村係長に相談。 別々に登録してくださいとのことでした。	濱田	
51	2018/8/17	西病棟4階	カルテに記載がある「治療説明書」は、スキャンしても良いでしょうか。	松村係長に相談。 カルテに記載はあっても、患者さんご本人やご家族の方の署名があれば、スキャンしてください。(今回は、先生がカルテに、「説明用紙はスキャナ読み取り済み」と記載してくれていました。)	飯尾	
52	2018/8/22	西病棟4階	カンファレンスシート(06110066)	松村係長に相談。 外来で同じ書類をスキャンしていたため、病棟にお返ししました。 →今後、スキャンされているかの確認はその都度しなく良いです。 気がついた時、スキャンされているのが見つければスキャンされていますと返却してください。(松村係長に確認済)	飯尾 (濱田)	
53	2018/8/23	西病棟4階	「褥瘡評価シート(X-D) 06110038」	追記がなければ返却してください。 松村係長、師長さんから確認済みです。	飯尾	
54	2018/8/23	西病棟4階	1、「血液浄化療法記録(06050001)」が「血液浄化療法記録用紙(06050002)」で登録されていたので修正しました。 2、「血液浄化療法記録(06050001)」で登録されている文書が「血液浄化療法記録用紙(06050002)」で二重登録されていました。 病棟にお伺いしたところ、クラークさんが休憩中で、師長さんが対応くださり、「血液浄化療法記録用紙(06050002)」で登録されている文書の削除をして頂きたいことをクラークさんに伝えてもらえるようお願いしました。	クラークさんから電話があり、二重登録されている文書の削除をお願いしました。 松村係長より、対策として「血液浄化療法記録(06050001)」にQRコードをつけたら良いのではとのことで、QRコードを佐藤さんに依頼しました。	飯尾	
55	2018/8/24	西病棟4階	「MRSAなど院内感染予防策チェックシート」(06110037)→チェックシートですがスキャン対象でしょうか？	松村係長に相談。スキャン対象外。病棟に返却してくださいとのことでした。	濱田	
56	2018/8/24	西病棟4階	心電図(文書種別:06010015)が送達されたのですがデータの上にスキャン不要と記載あり。 どうすれば良いでしょうか？	松村係長に相談。病棟に確認してスキャン不要であれば、返却してください。 ←病棟のクラーク(吉岡さん)に確認したら師長さんがお休みなので確認しておきますとのことで返却しました。	濱田	
57	2018/8/24	西病棟4階	「血液浄化療法記録(06050001)」と「透析室シャントトラブルスコアリングシート(06050004)」スキャン済の印鑑は押されていないけど病棟でスキャン登録されていることがあるので確認したところ、診療科:腎臓内科で登録されていました。訂正してよろしいでしょうか？	松村係長に確認。「血液浄化療法記録(06050001)」循内と記載されているまま登録されているので訂正してよいですが、「透析室シャントトラブルスコアリングシート(06050004)」は循内と記載されていない文書で登録されているので病棟クラークさんに確認して訂正して下さい。←病棟クラークさんに確認したところ、入力間違いなので訂正お願いしますとのことでした。	濱田	
58	2018/8/27	西病棟4階	病棟でスキャンされて送達される「手術記録」で、「医療機器登録制度(05010191)」もまとめて「手術記録」で登録されています。 スキャン室で修正していますが、「医療機器登録制度(05010191)」の裏面をどうしたら良いでしょうか。	松村係長に相談。 文書種別番号だけ修正して下さい。	飯尾	
59	2018/8/27	西病棟4階	「実波形」等4枚送達されてきましたがスキャン対象文書でしょうか？(外部メディア GAIA)	松村係長に相談。 電子カルテの中にデータ入っているので病棟に返却してくださいとのことでした。	濱田	
60	2018/8/28	西病棟4階	「X-D」の文書のスキャンが必要かどうか、スキャン室で判断してもよろしいでしょうか。	松村係長に確認。 「X-D」の文書は、追記がなければ返却してください。ただし、「退院証明書(09010016)」だけは、追記の有無にかかわらずスキャンしてください。	飯尾	
61	2018/8/29	西病棟4階	病棟より、スキャン済印を押され文書がスキャンされていませんでした。スキャン室でスキャンしてもよろしいでしょうか。	松村係長に確認。 C-ScanEditor、C-Scan Checkerでスキャンされていないことを確認できたら、スキャン室でスキャンしてください。	飯尾	

病棟スキャン運用問題点

No.	日付	診療科	問題点	対処	記入者	PJ報告
62	2018/8/30	西病棟4階	さまざまな「治療・処置・検査説明・同意書」の表題の一部を先生が書き直している場合、どのようにスキャン登録したらよろしいでしょうか。	松村係長に確認。 文書種別番号はそのままにして、コメントに先生が書いた表題を入れて下さい。	飯尾	
63	2018/8/30	西病棟4階	「電氣的除細動説明同意書(05010148)」と「経食道心エコー検査説明同意書(05010174)」の依頼情報が、先生ではなくメディカルさんの名前になっていました。	今回は、QRコードを隠してスキャンし、依頼情報が入らないように登録しました。 松村係長に報告済み。	飯尾	
63	2018/9/4	西病棟4階	病棟より(QRコード付き文書)シャント超音波所見(06050005)2枚目にエコー写真(5枚)を登録してスキャン済で送達されてきましたがまとめて登録されているままでよろしいでしょうか？2枚目は分割してエコー写真(06010086)に訂正して登録したほうがよろしいでしょうか？	松村係長に確認。シャントechoと記載されているのでまとめて登録されているままにしていして下さい。	濱田	
64	2018/9/7	西病棟4階、内視鏡センター	心カテの心電図の記録が、心カテ室→病棟→スキャン室の流れであった。発生場所から直接スキャン室へおくっていただければスキャンの遅延、紛失の恐れがなくなる。	野々瀬師長にご相談したところ、心カテ室(内視鏡センター)から送っていただけることになった。(9／10開始→9／18開始へ変更)	松村	
65	2018/9/10	西病棟4階	心臓血管外科に入院中の患者さんの「血液製剤出庫伝票(07020002)」が、いろいろな診療科の先生が依頼していました。 まとめて登録しても良いでしょうか。	松村係長に確認。 手術からの流れで、ICUに入院されていたので、そのまま心臓血管外科でまとめて登録してください。	飯尾	
66	2018/9/10	西病棟4階	病棟から、長いNIBPリストが送達されましたが、心電図のように切ってスキャンしても良いでしょうか。	松村係長に相談。 区切りの良いところで切っても良いですが、スキャンの後に元のようにセロハンテープでつなげてください。	飯尾	
67	2018/9/11	西病棟4階	主科が「循環器内科」だけど、何枚か「心臓血管外科」の書類もあり、診療科が書かれていない書類は、どの診療科で登録すれば良いですか。	診療科が書けてなかったり、診療科印が押されていない書類は、主科で登録をお願いします。と、お聞きしていましたが、水口クラークさんより、集学から届く書類はわからないので電子カルテを見て下さいとのことでした。 集学の中山師長さんに、病棟から集学に来られた時点で「心臓血管外科」になると教えて頂きました。 集学のクラークさんに、診療科の印鑑を押してもらうのは、ベッドサイドに置いてあるため難しいかもしれません。 白石師長さんにも、中山師長さんにお聞きしてきたこととお話して来ました。何でも聞いて下さいと言ってくださいました。 松村係長に報告済み。	飯尾	
68	2018/9/11	西病棟4階	「身体行動制限(抑制)に関する説明同意書(05010021)」にQRコードがついていると、依頼情報が看護部になります。外来と同じように、QRコードを隠してスキャンしたほうが良いですか。	松村係長に確認。 QRコードは、そのままスキャンして、診療科だけ訂正してください。	飯尾	
69	2018/9/11	西病棟4階	患者さんの身長と体重を書いた小さい紙が、心カテの中にはさまっていました。	クラークさんに確認。 病棟で破棄しているものと言うことで、返却しました。	飯尾	
70	2018/9/14	西病棟4階	さまざまな「治療・処置・検査説明・同意書」の表題の一部を先生が書き直している場合、どのようにスキャン登録したらよろしいでしょうか。	松村係長に確認。 文書種別番号は「05999999」の不明にして、コメントに先生が書いた表題を入れて下さい。	飯尾	
71	2018/9/14	西病棟4階	県外からの「ドクターヘリ・ドクターカー患者搬送記録」が送達されましたが、「救急搬送確認書(医療機関控)」と同様にコメント欄記入は必要ですか。	松村係長に確認。 県外の病院等の名称をコメント欄に入れて下さい。	飯尾	
72	2018/9/14	西病棟4階	病棟よりスキャン済の文書(入院診療計画書(03010197))が送られてきましたが、医療情報が900000000:看護師と表示されていますがよろしいでしょうか？	松村係長に確認。 診療科がきちんと表示されていれば大丈夫です。	濱田	
73	2018/9/18	西病棟4階	病棟より「臨床事項記載用紙」徳島大学医学部病理学教室と印刷された文書が送達されましたが何も記載されていませんがどうすれば良いでしょうか？	松村係長に相談。何も記載されてもいないので病棟に返却してください。	濱田	

平成30年9月11日

各診療科長
各病棟医長
各病棟師長 殿

入院紙カルテ磁気化プロジェクトリーダー

佐田 政隆

(担当：診療録管理係 松村 (内線 2690))

病棟における注射指示書（電子カルテから出力されるもの）の
補助診療録としての保管中止について（通知）

標記について、入院紙カルテ磁気化プロジェクトにおいて、「注射指示書（電子カルテから出力されるもの）」の補助診療録としての保管を中止することが決定いたしました。

つきましては、確認用として使用した後は、患者が退院してから1ヶ月間病棟において保管した後に廃棄処分をお願いいたします。

補助診療録として保管しませんので、患者退院後に「入院カルテの搬送依頼書」によりスキャン室へ送らないようお願いいたします。

※保管中止日：平成30年10月1日（月）発生分から

注 射 指 示 書		(病棟)		定 時				
新規				1 / 1				
患者番号 ()	患者氏名 ()							
生年月日 ()	性別 ()							
科 ()	病棟・部署 (W- 階)	病室 ()	医師 ()					
発行日 2018. 6. 18		発行時間 21:57						
薬 品 名		注射施行日						
		24	25	26	27	28	29	30
RP01 18.06.24 ~ 18.06.24 01回/日 0日置		1						
1 ラクテックD輸液500mL 1袋								
点滴注射								
100ml/時 × 1								
注意コメント								

補助診療録として不要(2018. 9. 30まではスキャン必要)

「入院される患者の皆様へ
(成人版)」 1ページ目

入院される患者の皆様へ

X-X-9999-0118「入院される患者の皆様へ(成人版)」

X-X-9999-0119「入院される患者の皆様へ(小児版)」

ID (X-X-9999-0120「入院される患者の皆様へ(助産版)」)

※現在確認されている類似文書

「看護基本情報聴取にあたって」

「看護基本情報(成人)」

氏名 (※これらの患者基本情報に似る文書は、全てドクメカの看護基本情報に入力している。そのためスキャンが不要であると看護部長に確認済(7/25))

入院にあたり、よりよい医療と看護を提供させていただくために、患者の皆様の日常生活・身体状況などについて詳しい情報が必要となってきます。

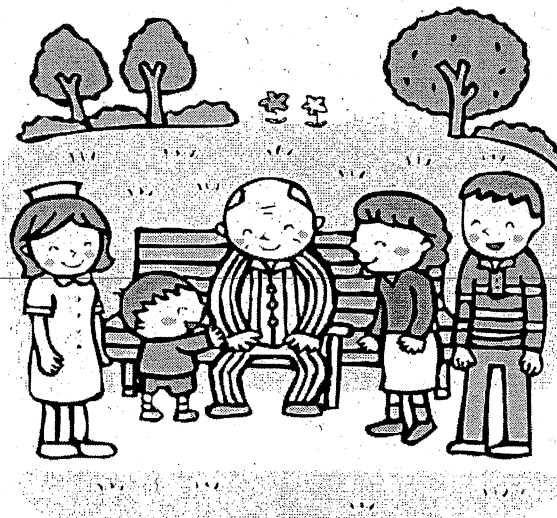
記入できる範囲でかまいませんので、次のページからの質問にお答え頂き、入院時に必ず持参して下さい。

なお、この記入用紙は患者の皆様の生活状況や身体状況を把握し、よりよい医療と看護を提供することが目的であり、その他の用途で使用することは一切ありません。

※病棟により様式が異なる。

入退院サポート室にて交付しているものと様式を統一させる。

文書の内容確認・運用等、看護部でのとりまとめ役が必要。



徳島大学病院

看護基本情報【成人版】2013. 12. 9 改訂

記載日：平成 年 月 日 記載者： 本人 その他（ ）

① 携帯電話（ ） 自宅電話（ ）

② 医師の説明を一緒に聞いたり、必要時、連絡して欲しい人をお知らせください

*連絡先を優先順にご記入ください

	氏 名	続柄	住所・電話番号（携帯電話・自宅電話）
①			住所
			携帯 自宅
②			住所
			携帯 自宅
③			住所
			携帯 自宅

③ 家族構成を教えてください

*同居されている方に○をつけてください

(同居でない場合は、備考にお住まいの場所を記入してください 例：大阪在住 など)

同居	続柄	氏名	年齢	職業	備考

④ 婚姻状況

☐未婚 ☐既婚 ☐離婚 ☐死別 ☐別居 ☐内縁 ☐その他（ ）

⑤ 現在、病気について気になる症状はありますか？

☐いいえ ☐はい → 具体的にご記入ください

⑥ 今回の入院となった経過（入院の目的）を簡単にご記入ください

☐検査 ☐手術 ☐抗がん剤の注射や内服薬 ☐放射線治療 ☐出産
☐その他

⑦ 今回の入院について医師からどのような説明を受けていますか？

- ・医師の説明はよくわかりましたか？ ☐はい ☐いいえ
- ・追加で説明してほしいことがありますか？ ☐はい ☐いいえ

- ⑧ 宗教上や信念のために、受け入れられない治療がありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 具体的にご記入ください

☐ 輸血 ☐ その他

「入院される患者の皆様へ
(成人版)」 3ページ目

- ⑨ これまでに病気で治療（入院や手術）を受けたことがあればご記入ください

またご家族にもあればご記入ください（両親・兄弟・子供・祖父母など血のつながりのある方で、記入例を参考に、分かる範囲で結構です）

病名	本人	親族・子供
癌	<記入例> 63歳 肺がん	<記入例> 実弟 胃がん
	肺の手術をした	胃の手術をした
高血圧		
糖尿病		
喘息		
結核		
その他（アトピー性皮膚炎・花粉症）など		

- ⑩ 現在、飲んでいるお薬はありますか？（インスリン、軟膏、点眼薬なども含みます）

☐ いいえ ☐ はい → *入院時必ず持参してください。薬の説明用紙やお薬手帳をお持ちの方はそれも一緒に持参してください

・薬は自分で内服できていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

・血液をサラサラにする薬は飲んでいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

- ⑪ 現在、利用している健康食品（サプリメントなど）はありますか？

☐ いいえ ☐ はい → *入院時必ず持参してください

- ⑫ これまでにお薬や食べ物・植物などでアレルギーを起こしたことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 何でアレルギーを起こし、どのような症状だったか具体的にご記入ください

薬（ ） 食べ物（ ） 植物（ ）

- ⑬ 今までに輸血をしたことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい → いつ頃（ ） 何を（ ）

- ⑭ ペースメーカーを植え込んでいますか？

☐ いいえ ☐ はい → *ペースメーカー手帳を持参してください

- ⑮ 身体の中に金属類など埋め込んでいるものはありますか？

☐ なし ☐ あり → 具体的にご記入ください（ ）

- ⑯ ひどい物忘れや日付の間違いなど認知機能の低下はありますか？

☐ なし ☐ あり

- ⑰ 介護認定は受けられていますか？ *介護保険証をお持ちであれば持参してください

☐ いいえ ☐ 申請中 （当てはまるものに○をつけてください）

☐ はい → 要介護度：要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）

- ⑱ 支援システムや地域資源を利用していますか？

☐いいえ ☐はい → 当てはまるものに○をつけてください

ホームヘルパー 訪問看護 デイサービス ショートステイ
デイケア グループホーム その他 ()

- ⑲ 障害者手帳をお持ちですか？

* 障害者手帳をお持ちであれば持参してください

・ 身体障害者手帳

・ 精神障害者手帳

☐いいえ ☐はい → () 級

☐いいえ ☐はい → () 級

- ⑳ 臓器提供意思表示カード(ドナーカード)をお持ちですか？

☐いいえ ☐はい → ☐臓器提供する意思がある

☐臓器提供しない意思がある

- ㉑ 入院にあたり、要望などあれば自由にご記入ください。できるだけ要望に添えるよう努力させていただきます

- ㉒ どのようなことが健康であると思っていますか？

- ㉓ 健康を維持するために生活上で注意していることや行っていることがありますか？

☐いいえ ☐はい → どのようなことをされているか具体的にご記入ください

- ㉔ 煙草は吸いますか？

☐いいえ ☐はい → 以下へ具体的にご記入ください

() 歳から 1日 () 本くらい

☐以前は喫煙していた → 以下へ具体的にご記入ください

() 歳から () 歳まで 1日 () 本くらい

- ㉕ お酒は飲みますか？

☐いいえ ☐ごくたまにつきあい程度

☐はい → 以下へ具体的にご記入ください

() 歳から 1日 () mlくらい 種類 ()

☐以前は飲酒していた → 以下へ具体的にご記入ください

() 歳から () 歳まで 1日 () mlくらい 種類 ()

- ㉖ 現在、食事はどのようにされていますか？

☐口から食べる

☐鼻などから胃へ管を通し栄養を入れる

☐点滴から栄養を入れる

- ㉗ 食事内容をご記入ください

<記入例>おかゆ、麺類が多い、カロリー計算している、塩分を控えている、など

- ㉘ 食事量はどれくらいですか？

☐少ない

☐普通

☐多い

②⑨ 1日の食事回数と時間をご記入ください

1日 () 回 () 時 () 時 () 時

③⑩ 1日の水分摂取量はどのくらいですか? 1日 () ml くらい

③⑪ 食事に関して気になる症状はありますか?

☐ いいえ ☐ はい → 当てはまるものに○をつけてください

吐き気がある 吐く 腹痛 食欲がない 食べ過ぎ 食べ物が噛みにくい
のどが渇く 食べ物が飲み込みにくい 飲み込む時にむせる
口が開きにくい その他 ()

③⑫ 最近、体重の変化はありましたか?

☐ いいえ ☐ はい → 以下へ具体的にご記入ください

() くらい前から () kg くらい増えた・減った

③⑬ 入れ歯はありますか?

☐ いいえ ☐ はい → 以下へ具体的にご記入ください

・入れ歯の部位: 上 下 部分 (部位:)

・入れ歯の具合が悪いなど問題はありませんか?

☐ いいえ

☐ はい → 以下へ具体的にご記入ください

③⑭ 口内炎はありますか?

☐ いいえ ☐ はい

③⑮ 1日の尿回数をご記入ください

1日 () 回 そのうち夜間は () 回

③⑯ 排尿に関して気になる症状はありますか?

☐ いいえ ☐ はい → 当てはまるものに○をつけてください

尿に血が混ざっている 尿が濁っている 尿が出るまでに時間がかかる
排尿するときに痛みがある 排尿しても残った感じがする 尿がもれる
尿意がわかりにくい その他 ()

③⑰ 排尿に関して特別な処置を行っていますか?

☐ いいえ ☐ はい → ☐ 自己導尿 ☐ カテーテル留置 ()

☐ 人工膀胱 ☐ オムツ使用

③⑱ 排便は毎日ありますか?

☐ いいえ → () 日に1回 ☐ はい → 1日 () 回

③⑲ 排便に関して気になる症状はありますか?

☐ いいえ ☐ はい → 当てはまるものに○をつけてください

便が硬い 便が軟らかい (軟便・泥状便・水様便) 粘液のような便がある
便に血が混ざっている 便が黒い 排便すると出血する 下痢 便秘
排便すると出血する 排便するとき痛みがある 便意がわかりにくい
排便しても爽快感がない ガスが多い お腹がよく鳴る 腹痛がある
その他 ()

④① 便通を調節するために行っていることはありますか?

☐ いいえ ☐ はい → 当てはまるものに○をつけてください

排便しやすくするために薬剤を使用している (飲み薬・浣腸・座薬・摘便)
下痢止めの薬を服用している その他 ()

④① 排便に対して特別な処置を行っていますか？

☐ いいえ ☐ はい → ☐ 人工肛門 ☐ オムツ使用

④② 呼吸について気になる症状はありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 当てはまるものに○をつけてください

動くと息切れがする 安静にしているときも息切れがする

咳が出る 痰が出る その他 ()

④③ 睡眠はどれくらいとれていますか？

() 時 () 分 ~ () 時 () 分まで () 時間くらい

④④ 睡眠について何か問題はありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 当てはまるものに○をつけてください

寝付きが悪い 寝ていてもすぐ目が覚める いくら寝ても熟眠感がない

いびきをかく 朝早く目が覚める その他 ()

④⑤ 眠れるために何か工夫はしていますか？

☐ いいえ ☐ はい → 当てはまるものに○をつけてください

薬を飲んでいる (薬名:) 寝具を工夫している

飲み物を飲んでいる その他 ()

④⑥ 日常生活を過ごす上で困っていることはありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 当てはまるものをお答えください

	＜記入例＞	
食事	お箸が持ちにくい	
着替え	ボタンかけができない	
排泄	下着の上げ下げがしにくい	
入浴	体を洗うのに時間がかかる	
歯磨き	歯ブラシがもてない	
移動	杖が必要	

④⑦ 胸部症状はありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 当てはまるものに○をつけてください

動悸がする 痛みがある 圧迫感がある 息苦しさがある

その他 ()

④⑧ 目について気になる症状はありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 当てはまるものに○をつけてください

部位: 右目 左目 両目

症状: 近視 遠視 老眼

眼鏡を使用している コンタクトを使用している 字などが見えにくい

目がかすむ 物が二重に見える 視界が狭く感じる

その他 ()

- ④⑨ 耳について気になる症状はありますか？

☐いいえ ☐はい → 当てはまるものに○をつけてください

部位：右耳 左耳 両耳

症状：耳鳴りがある めまいがする 耳が聞こえにくい

補聴器を使っている その他（ ）

「入院される患者の皆様へ
(成人版)」 7ページ目

- ⑤⑩ 感覚について気になる症状はありますか？

☐いいえ ☐はい → 当てはまるものに○をつけてください

部位：（ ）

症状：麻痺がある しびれがある 触れてもわかりにくいところがある

ふらつきがある 体がだるい その他（ ）

- ⑤⑪ 臭いがわかりにくいことはありますか？

☐いいえ ☐はい

- ⑤⑫ 味がわかりにくいことはありますか？

☐いいえ ☐はい

- ⑤⑬ 病気になって変わったこと、できなくなったことはありますか？

☐ない ☐ある → 当てはまるものに○をつけてください

仕事 人間関係 身体的外見 身体機能

生活習慣 その他（ ）

- ⑤⑭ お仕事はしていますか？

☐いいえ (以前の職種：) ☐はい 職種（ ）

- ⑤⑮ 入院にあたり、家庭や仕事などで気になることや心配なことなどがありますか？

☐いいえ ☐はい → 詳しく書ける方はお書きください

- ⑤⑯ 入院中あなたを支援したり協力してくれる人はいますか？

☐いいえ ☐はい → 誰ですか？ (氏名： 続柄：)

- ⑤⑰ ストレスは感じやすいほうですか？

☐いいえ ☐はい

- ⑤⑱ これまでにストレスと感じるような大きな出来事がありましたか？

☐いいえ ☐はい → どのように対処しましたか？書ける方はお書きください

- ⑤㉯ 現在ストレスと感じている事やそのために起こっている身体的・精神的症状はありますか？

☐いいえ ☐はい → 当てはまるものに○をつけてください

不安感 恐怖感 嘆き悲しむ 絶望感 喪失感 無力感 うつ状態

自殺を考える 罪悪感 怒り パニック イライラ感 焦り感 攻撃的

死にたいと思う 依存的 緊張 その他（ ）

⑥0 ストレスを感じたときの対処法はありますか？

☐いいえ ☐はい → 具体的にご記入ください

⑥1 日頃、大切にしている習慣、行動等がありますか？

☐いいえ ☐はい → 具体的にご記入ください

⑥2 人生において重要と考えている事柄はありますか？

☐いいえ ☐はい → 具体的にご記入ください

⑥3 今までに治療指示が守れなかったり、中断したことがありますか？

☐いいえ ☐はい → 具体的にご記入ください

⑥4 最近、転んだり気を失ったりしたことはありますか？

☐いいえ ☐はい → いつですか ()

⑥5 最近、足腰の弱り、筋力の低下、ふらつきを感じたことはありますか？

☐いいえ ☐はい → 当てはまるものに○をつけてください

足腰の弱り 筋力の低下 ふらつき

⑥6 皮膚で気になる症状はありますか？

☐いいえ ☐はい → 当てはまるものに○をつけてください

擦り傷がある 打ち身がある 皮下出血がある 赤くなっているところがある
発疹がある 潰瘍がある やけどがある 床ずれがある
手術の傷がある ひきつったり、盛り上がった傷あとがある 皮膚が黄色い
骨折 皮膚の湿潤 その他 ()

⑥7 口・鼻・肛門・陰部（股の周囲）で気になる症状はありますか？

☐いいえ ☐はい → 当てはまる部位に○をつけてください

口 鼻 肛門 陰部（股の周囲）

→ どのような症状がありますか？

⑥8 歯で気になる症状はありますか？

☐いいえ ☐はい → どのような症状がありますか？

⑥9 体で痛いところや不快なところがありますか？

☐いいえ ☐はい → 当てはまるものをお答えください

【痛いところがある方】

・痛みがあるのはどこですか？（ ）

・どのような痛みですか？（当てはまるものに○をつけてください）

刺す うずく 灼ける 鋭い 鈍い 脈打つような 引き裂くような その他（ ）

・痛みはどのような時に現れますか？

・痛み止めを使っていますか？

☐いいえ ☐はい → 何を使っていますか？（ ）

使用頻度（ ）

【不快なところがある方】

・不快に感じることは何ですか？（当てはまるものに○をつけてください）

吐き気 嘔吐 食欲不振 その他（ ）

⑦0 精神的苦痛はありますか？

☐いいえ ☐はい → 詳しく書ける方はご記入ください

⑦1 性生殖器について、気になる問題がありますか？

☐いいえ ☐はい

ご協力ありがとうございました。

*以下は産科婦人科にかかっている方のみお答えください

⑦2 月経は規則的ですか？

規則的 ・ 不順 ・ なし

⑦3 月経周期と持続期間

（ ）日周期で（ ）日持続

⑦4 最終月経は

（ ）月（ ）日から（ ）日間

⑦5 初潮は何歳でしたか？

（ ）歳

⑦6 現在、妊娠していますか？

☐いいえ ☐はい → 出産予定日（平成 年 月 日）

*以下は『はい』と答えた方のみ次の質問にお答えください

⑦7 妊娠・出産された経験がありますか？

出産年月日	妊娠週数	出生体重	性別	出産方法
<記入例> H25.1.1	39 週	3200g	女	経膈分娩

⑦8 今回の妊娠は計画的ですか？

☐ はい ☐ いいえ

⑦9 自然妊娠ですか？

☐ はい ☐ いいえ

⑧0 身長と体重を教えてください。

身長 () cm、体重 () kg、妊娠前の体重 () kg

⑧1 周囲の家族（同居している方）でたばこを吸う人はいますか？

☐ はい → 誰ですか？ ()

☐ いいえ

⑧2 夫（またはパートナー）はお酒を飲みますか？

☐ はい → どのくらいですか？ () ml 程度、種類 ()

☐ いいえ

⑧3 これまでに、夫（またはパートナー）から暴力（例：殴る、蹴る・言葉の暴力・生活費をくれない・無視など）を受けた経験はありますか？

☐ ない ☐ ある

⑧4 自分の親（養育者）から暴力（例：殴る、蹴る・どなる・食事を作ってくれない・無視など）を受けたことはありますか？

☐ ない ☐ ある

⑧5 妊娠から出産・育児に向けて、不安（心身のこと、経済的なことなど）はありますか？

☐ いいえ ☐ ある → 具体的にご記入ください

⑧6 妊娠中から産後に、家事や育児を手伝ってくれたり、相談にのってくれる方はいますか？

☐ いる → 具体的に誰ですか？ ()

☐ いない

⑧7 出産後、実家に里帰りする予定はありますか？

☐ ある → 住所はどちらですか？ ()

☐ ない

* 育児経験のある方に、お尋ねします。

⑧8 前回の妊娠・出産・育児中に辛かったことはありますか？

☐ あった → 具体的に ()

☐ なかった

⑧9 前回の育児栄養方法は何でしたか？

☐ 母乳栄養（母乳のみ）

☐ 混合栄養（母乳と人工ミルク）

☐ 人工栄養（人工ミルクのみ）

ご協力ありがとうございました。患者の皆様入院生活が円滑に行われますよう、
また患者の皆様自立に向けてお手伝いさせていただきます。

入院される患者の皆様へ

補助診療録として不要(2018.9.30まではスキャン必要)

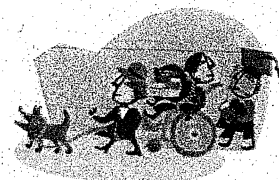
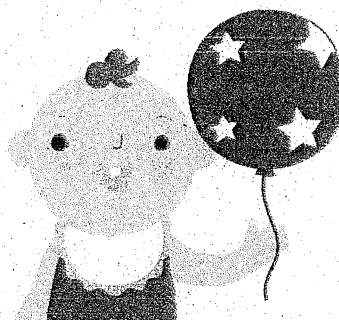
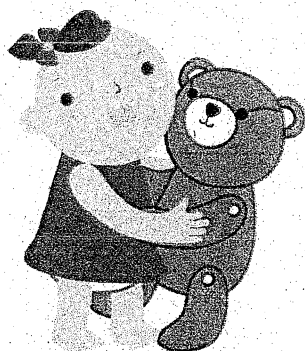
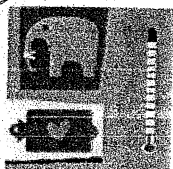
「入院される患者の皆様へ
(小児版)」 1ページ目

ID ()

氏名 (様)

入院にあたり、よりよい医療と看護を提供させていただくために、患者の皆様
の日常生活・身体状況などについて詳しい情報が必要となってきます。
記入できる範囲でかまいませんので、次のページからの質問にお答え頂き、入院時
に必ず持参して下さい。

なお、この記入用紙は患者の皆様のご生活状況や身体状況を把握し、よりよい医療と
看護を提供することが目的であり、その他の用途で使用することは一切ありませ
ん。



X-X-9999-0118 「入院される患者の皆様へ(成人版)」

X-X-9999-0119 「入院される患者の皆様へ(小児版)」

X-X-9999-0120 「入院される患者の皆様へ(助産版)」

徳島大学病院

看護基本情報【小児版】2013.1.18 作成

※現在確認されている類似文書
「看護基本情報聴取にあたって」
「看護基本情報(成人)」

※これらの患者基本情報に関する文書は、全てドキュメントの看護基
本情報に入力している。そのためスキャンが不要であると看護部長に
確認済(7/25)

1. 氏名 _____ 年齢 歳 カ月 (保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・大学・社会人)
性別 (男・女) 身長 (_____ cm) 体重 (_____ g・kg)

「入院される患者の皆様へ
(小児版)」 2ページ目

2. 同居のご家族を教えてください。

続柄	氏名	年齢	職業	健康状態	未婚・既婚
					未・既
					未・既
					未・既
					未・既
					未・既

3. 連絡先を教えてください。(第一連絡先に○をしてください)

住所 _____

() 自宅の電話番号 _____

() 携帯電話番号 _____ ()

() 付き添い者の携帯番号 _____ ()

4. 下記の病気にかかったことがあれば、かかった年齢をお書き下さい。

麻疹 () 歳	風疹 () 歳	水痘 () 歳
流行性耳下腺炎 () 歳	突発性発疹 () 歳	
その他 :		

5. 予防接種を受けているものに○をつけて下さい。

麻疹	三種混合 (ジフテリア・破傷風・百日咳)
ポリオ	日本脳炎
風疹	流行性耳下腺炎
水痘	BCG
インフルエンザ	その他

6. 食事について

① 乳幼児の方 : ミルク (種類 _____) 量 (_____ ml/回を1日 _____ 回)

母乳 (1日 _____ 回)

離乳食 (形態 _____, 回数 : 1日 _____ 回)

② 食品アレルギー なし ・ あり (内容 _____)

③ 食欲の変化 なし ・ あり

7. 排泄について

① 排便回数 _____ 回/日 ② 排尿回数 _____ 回/日

③ オムツ使用 なし ・ あり ・ トイレトレーニング中

④ 排尿に関する症状はありますか (頻尿・夜尿・血尿・たんぱく尿・その他 : _____)

⑤ 排便に関する症状はありますか (便秘・下痢・その他 : _____)

⑥ 便秘調整のために行っていることはありますか (下剤・下痢止め・その他 : _____)

「入院される患者の皆様へ
(小児版)」 3ページ目

8. 体調についておしえてください

- ① 咳や痰はありますか・・・なし・あり ()
- ② 呼吸に関する問題がありますか・・・なし・あり ()
- ④ 現在の睡眠の状態はどうですか・・・良好・不眠 ()
- ⑤ むくみはありますか・・・なし・あり(部位:)
- ⑥ 胸部症状はありますか・・・なし・あり(動悸・胸痛・その他:)
- ⑦ 痛いところはありますか・・・なし・あり(部位: どの程度:)
- ⑧ 輸血をしたことはありますか・・・なし・あり
- ⑨ 薬物アレルギーがありますか・・・なし・あり(アルコール・抗生剤・造影剤・その他:)
- ⑩ その他アレルギー(花粉症・動物等)がありますか・・・なし・あり ()
- ⑪ 転倒・転落・失神をしたことはありますか・・・なし・あり ()
- ⑫ 成長についてこれまでに指摘されたことはありますか・・・なし・あり ()
- ⑬ 精神的・社会的発達について指摘されたことはありますか・・・なし・あり ()
- ⑭ 聴力・視力などコミュニケーション上の問題がありますか・・・なし・あり ()
- ⑮ 日常生活を行う上で問題がありますか・・・なし・あり ()

9. 妊娠中、出生時の状況をお教え下さい。

- ① 妊娠中、母子の異常はありましたか。なし・あり ()
- ② 出生時に異常はありましたか。なし・あり ()
- ③ 出生時週数 (週 日) ④ 分娩方法 (経産・帝王切開)
- ⑤ 出生時身長 (cm) ⑥ 出生時体重 (g)

10. 今回の入院に際して

- ① 医師からどのような説明を受けられましたか。
- ② 本人には、どのように説明されていますか。
- ③ 今までに、病院で入院・通院・手術の経験はありますか。
なし あり (あれば記載:)
- ④ 現在、服用している薬物はありますか。(あれば記載:)
- ⑤ 宗教や信念のために受けられない治療がありますか・・・なし・あり ()
- ⑥ お子さんの入院によって生じる問題がありますか。(あれば記載:)
- ⑦ 入院中支援してくれる人はいますか?・・・なし・あり ()

11. 家族や親戚の方で下記の病気等で入院や通院された方があれば該当項目に○を入れご記入ください

病名	誰が	病名	誰が	病名	誰が	その他	誰が
高血圧		肝臓病		心疾患			
糖尿病		腎臓病		癌			

ご本人または家族の方が熱が出たり、「麻疹」「風疹」「水痘」「おたふく風邪」「インフルエンザ」「嘔吐・下痢」などにかかっている場合や学校で流行っている場合は、早めに受診科外来へお知らせください。また、入院日までに疑問等がありましたら受診科外来までご連絡ください。

7/1 (15000)

54

19

35

40

41

81

169

看護基本情報聴取にあたって

入院中の患者様の治療や看護を行ううえで参考にさせていただく為に、患者様やご家族のことなどについてお伺いさせていただきたいと思ひます。

必要と思われる事についてお伺いいたしますが、答えたくなかったり、疑問に思ふような内容があれば、お答えいただかなくても結構です。

お伺ひした情報は、看護や治療以外では使用しませんし、他に漏れることもありません。

また、もしお答えいただかなかったとしても、治療や看護に不利益をこうむることはありませんので心配しないでください。

後でこの用紙を参考にさせていただきながら、再度お話を伺ひますのでよろしくお祈ひします。

*有・無はどちらかに○をつけてください。その他、選択項目にも○をつけてください。

有を選択した場合やその他()内へは、可能な範囲でご記入よろしくお祈ひします。

【患者プロフィール】

「患者基本情報の聴取にあたって」

1ページ目

*患者様ご氏名： _____

*連絡先：①重要他者（手術や検査・病状等の説明を受けることを希望する、患者様にとって最も重要な方）のご氏名： _____

②続柄： _____

③住所： _____

④TEL： _____

補助診療録として不要(2018.9.30まではスキャン必要)

X-X-9999-0118「入院される患者の皆様へ(成人版)」

X-X-9999-0119「入院される患者の皆様へ(小児版)」

X-X-9999-0120「入院される患者の皆様へ(助産版)」

*医師から説明された内容 ※現在確認されている類似文書

「看護基本情報聴取にあたって」

「看護基本情報(成人)」

※これらの患者基本情報に関する文書は、全てドキュメカの看護基本情報に入力している。そのためスキャンが不要であると看護部長に確認済(7/25)

*輸血をしたことがありますか？無・有（いつ： _____ どこで： _____）

*薬剤や食べ物でアレルギーはありますか？☒無・有（内容： _____）

*臓器提供意思表示カード（ドナーカード）を持っていますか？☒無・有

*入院にいたった経過や現在の症状についてお書きください。

※病棟により様式が異なる。

入退院サポート室にて交付しているものと様式を統一させる。

文書の内容確認・運用等、看護部でのとりまとめ役が必要。

以下の項目に該当するものがあれば○印をつけ、() 内にお書きください。

*今までかかったことのある病気：癌・高血圧・糖尿病・喘息・結核

その他 (_____)

「患者基本情報の聴取にあたって」
2ページ目

*今まで経験した手術や大きな検査：無

有 (_____)

*患者さんと血縁関係がある方が罹ったことのある病気があれば記載してください。() 内は患者さんとの続柄をお書き下さい。

癌 (_____) 高血圧 (_____) 糖尿病 (_____) 喘息 (_____)

その他 (_____)

*現在使用・内服している薬剤があれば教えてください。(注射・内服・点眼・貼付剤など)

無・有 (_____)

*薬は患者さんご自身で内服・管理できていましたか？ (できる) ・できない

できない場合、誰がどのように管理していましたか？ (_____)

【ドメイン1・ヘルスプロモーション】

*喫煙：喫煙している・していない・現在は喫煙していないが過去には喫煙していた

(一日量と喫煙年数： _____ 本/日、 _____ 年間)

*飲酒：飲酒の習慣が有・無・機会があれば飲酒する程度

(種類と量： _____)

【ドメイン2・栄養】

*身長： _____ cm

*体重： _____ Kg

*最近、体重の増減がありましたか？

無・有 (いつ頃から： _____ どの程度： _____)

*食事はどのようにされていましたか？

①お口から摂取

食事内容 (_____)

食事回数 (_____) 摂取時間 (_____) 摂取量 (_____)

②管から栄養摂取

どこから (_____) 内容 (_____) 量 (_____)

③点滴での栄養摂取

方法 (高カロリー輸液・末梢持続点滴・点滴・その他 _____)

「患者基本情報の聴取にあたって」
3ページ目

*消化器症状がありますか？あてはまる項目に○をつけてください。無・有

(嘔気・嘔吐・腹痛・食欲不振・過食・摂食障害・咀嚼／嚥下困難・開口障害・口渇・
皮膚／粘膜感想・浮腫)

その他 (_____)

*入れ歯をしていますか？無・☒有 (_____)

入れ歯の種類 (_____) 個数 (_____)

【ドメイン3・排泄】

*排便や排尿で問題となるようなことはありませんか？無・有 (_____)

*人工肛門や尿路変更はありませんか？無・有 (_____)

*入室前最後に排尿・排便したのはいつですか？

(排尿：____月____日____時、排便：____月____日____時)

*一日の尿・便の回数を教えてください。

(尿の回数：____回／日、便の回数：____回／日)

【ドメイン4・活動・休息】

*睡眠：寝始めの時間 (____) 時～起床時間 (____) 時

睡眠をとるために、なにかお薬を飲んだり、習慣としていることはありますか？

☒有 (_____)

*以下の日常生活動作を行う上で、なにか問題がありますか。無・有

ある場合、下記の項目に○をつけてください。

食事・更衣(着替え)・排泄(排尿・排便)・入浴(お風呂・シャワー)・整容(洗面・整髪)・口腔
衛生(歯磨き)・移動・服薬・買い物・調理・家事・金銭管理・公共交通機関の利用・服薬管理

その他 (_____)

*介護保険での認定を受けられていますか？☒有(要介護・要支援)

*身体障害者手帳はお持ちですか？☒有(____級)

*入院前はどこに居住されていましたか？

自宅・別の病院に入院していた(病院名：____)・施設(施設名：____)

*入院前の居住は、一戸建て・マンション・アパート

*主に生活されているお部屋は、1階・2階以上

*お部屋までの移動には、階段がある・エレベーターがある

*お家には手すりがありますか？ ☒ 無・有（廊下・階段・トイレ・浴室・その他_____）

*トイレの様式は？ 和式・☒ 洋式

*寝床は？ ☒ 布団・ベッド

「患者基本情報の聴取にあたって」
4ページ目

*ペースメーカーを植え込んでいますか？：☒ 無・有（種類；_____ 設定；_____）

*手足の筋力や関節運動に問題がありますか？無・有

（いつから；_____ どの部位；_____ どの程度；_____）

*胸苦しい・息苦しい・手足が冷たいなどの症状がありますか？ 無・☒ 有

【ドメイン5・感覚/認知】

*人や場所、日時が分からなくなることがありますか？：☒ 無・有（_____）

*以下の項目に該当するものがあれば、○をつけてください。

日常生活に支障があるかないか、どのような状態かを具体的に記載してください。

①視覚（見づらさ）：無・有…右眼・左眼・両眼

視力、眼圧、近視、遠視、老眼、その他（_____）

装具の使用；眼鏡、コンタクトレンズ（仕様_____）、義眼_____

病気や症状：☒ 無・有；白内障・緑内障・幻視

その他（_____）

②聴覚（聞きづらさ）：無・有…右耳・左耳・両耳

補聴器の使用：☒ 無・有（両耳・右耳・左耳）

病気や症状；耳鳴り・めまい・難聴・聴覚消失・幻聴

その他（_____）

③運動覚（動きにくさ）：無・有

症状；麻痺・しびれ・ふらつき・倦怠感

部位；（_____）

必要な補助具；装具（_____）歩行器、杖、車椅子

その他（_____）

④触覚（触った感触）：無・有（_____）

その他（_____）

⑤嗅覚：無・有（_____）

その他（_____）

⑥味覚；無・有

甘味・辛味・苦味・酸味・幻味

その他（_____）

「患者基本情報の聴取にあたって」
5ページ目

*注意力・理解力・記憶力に問題がありますか？☒無・有

(例えば、状況に不適切な感情表現、事実在即していない、指示に従えない等)

内容 (_____)

*コミュニケーションに関して問題がありますか？あれば該当するものに○印をしてください。

無・有；構音障害（呂律がまわらない）・失語症（言葉が出にくい・話しかけても言葉が通じない）・
気管切開・気管内挿管・口腔疾患・痴呆

その他 (_____)

【ドメイン7・役割/関係】

*病状変化時、速やかに連絡するためにも、可能な範囲で詳しく教えてください。

家族構成・・・同居している人・両親・兄弟姉妹・子供・孫等についてお書きください。

(妻・息子)

*職業： 土木

*婚姻状況：未婚・☒既婚（配偶者氏名 XXXXXXXXXX 年齢； XXXX 歳）死別・離婚

*入院中に生じる問題がありますか？無・有 (_____)

*入院中の患者様を支援したり、協力してくれる人はいますか？無・☒有（続柄； XXXXXXXXXX）

【ドメイン8・セクシュアリティ】該当する方は記入をお願いします。

*性・生殖機能について気になる問題がありますか？☒無・有 (_____)

*月経について、あてはまるものに○をつけ、該当する項目をお書きください。

①規則的・不規則・無 ②周期： _____ 日 ③持続期間： _____ 日

④初潮： _____ 歳 ⑤閉経： _____ 歳

⑥現在妊娠していますか？☒いいえ・はい

→入院時週数： _____ 週 _____ 日、予定日； _____ 年 _____ 月 _____ 日

【ドメイン9・コーピング/ストレス耐性】

*これまでにストレスと感じる大きな出来事がありましたか？

また、現在そのようなことがありますか？

無・有；内容 (_____)

→ストレスがあった時、どのように対処しましたか、もしくははしていますか？

(_____)

*ストレスを感じる為におこっている症状はありますか？

あれば、あてはまるものに○印をつけてください。

不安感・恐怖感・悲嘆・絶望感・喪失感・無力感・うつ状態・自殺企図・罪悪感・怒り・パニック・
イライラ感・攻撃性・依存的・緊張

その他 (_____)

【ドメイン10・生活原理】

*宗教上や信念の為に受け入れられない治療がありますか？(例：エホバ→輸血拒絶 等)

☒ 無・有 (_____)

【ドメイン11・安全/防御】

*転倒・転落、失神したことがありますか？：☒ 無・有 (_____)

*足腰の弱り、筋力の低下、ふらつきがありますか？：無・有 (_____)

*皮膚や組織の異常があれば、あてはまるものに○印をつけてください。

無・有；擦過傷・打撲創・骨折・出血斑・発赤・皮膚湿潤・水疱・潰瘍・瘢痕・発疹・熱傷・手術創・
黄疸

その他 (_____)

*粘膜の異常があれば、あてはまるものに○印をつけてください。

無・有；口腔・鼻腔・肛門・陰部・角膜

その他 (_____)

【ドメイン12・安楽】

*体のどこかに痛みや不快感がありますか？：無・有

①痛みの強さ： _____ ②痛みの開始時期： _____

③痛みの持続時間： _____ ④鎮痛剤の使用： _____

⑤痛みを悪化させたり、緩和させたりするものがあればお書きください。

(_____)

*精神的苦痛がありますか？無・有 (_____)

*その他、何かご要望や注意して欲しいことなどありますか？

--

患者様やご家族へ基本情報聴取用紙を渡し記入してもらう場合は、この1枚目の用紙は、必ずはずしてから、患者様やご家族に渡してください。記入済み用紙回収後は、内容を確認し、不明な点は必ず記入者へ再確認してください。

<注意点>

- *【作成年月日と作成者氏名】を忘れず記入してください。
- *患者様やご家族から聴取不可能な項目は、空白のままおいておくのではなく、聴取できなかった理由や状況をひとことコメント入力しておいてください！
- *アナムネ聴取者は聴取不十分や未確認な事や未入力があれば、受け入れ看護師に伝える等の配慮をお願いします。
- *翌日の日勤で必ず追加情報を聴取し入力！！！できなかつたら次へ申し送る！！！！その際は運用マニュアルに従って「編集」から入力し、必要な情報を上書きする
- *師長・副師長・リーダーが承認後に情報を追加する場合は、「引用」から入力し、最上欄の文書コメント欄に「追加情報 ドメイン〇」と明記、最下欄に追加入力年月日と追加者氏名を忘れず記載してください。
- *ドメイン3・4・5・11・12の臨床症状内容の記入は、実際に受け入れ観察した看護師が入力する。それが追加入力となる場合は、上記の方法で入力してください。
- *患者様の大切な情報だという意識をもって、それぞれが責任をもち対処してください。

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

2010.6.25

W-4 循内

X-D-0611-0058

「看護基本情報聴取にあたって」の表紙になっていたもの。

「看護基本情報(成人)」 1 ページ目

看護基本情報(成人)

患者プロフィール	
氏名	
住所	
医学的診断	
◆連絡先	①重要他者の氏名 ①住所 ②重要他者の氏名 ②住所 ③重要他者の氏名 ③住所
	①続柄 ①TEL 自宅: 転転 ④/② 携帯: ②続柄 ②TEL 自宅: 内内 ④/② 携帯: ③続柄 ③TEL 自宅: 携帯:
◆医師の説明内容 補助診療録として不要(2018.9.30まではスキャン必要) X-X-9999-0118「入院される患者の皆様へ(成人版)」 X-X-9999-0119「入院される患者の皆様へ(小児版)」 X-X-9999-0120「入院される患者の皆様へ(助産版)」	
入院目的	訴 無 有 ☐ 検査 ☐ 手術 ☐ 分娩 ☐ 化学療法(*) ☐ 放射線治療(*) ☐ 治療 ☐ その他()
現病歴・入院までの経過	※現在確認されている類似文書 「看護基本情報聴取にあたって」 「看護基本情報(成人)」 ※これらの患者基本情報に関する文書は、全てドキュメカの看護基本情報に入力している。そのためスキャンが不要であると看護部長に確認済(7/25)
◆既往歴(*)	無 有 不明 ☐ 癌 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 結核 ☐ 心疾患 ☐ 脳血管障害 ☐ その他()
◆輸血の既往	無 有 不明 10年以内 (10年前に輸血あり) 6~7年
◆アレルギー	食物 無 有 (10年前にアレルギー反応あり) 薬剤 無 有 (アレルギー反応あり) その他 無 有 (アレルギー反応あり)
◆家族歴	無 有 不明 ☐ 癌 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 結核 ☐ 心疾患 ☐ 脳血管障害 ☐ その他()
◆社会福祉資源	身体障害者手帳 ☐ 無 ☐ 有 精神障害者手帳 ☐ 無 ☐ 有 ☐ その他() 介護認定(*) ☐ 無 有 申請中 要介護度: 要支援(*) 1 2 要介護(*) 1 2 3 4 5 特定疾病(*) ☐ 無 有
◆ドナーカード	☐ 無 有 ☐ 臓器提供しない意思がある ☐ 臓器提供する意思がある ☐ 心臓 ☐ 肺 ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 脾臓 ☐ 小腸 ☐ 眼球
◆現在使用している薬剤	無 (有) 抗凝固剤 (無) 有
◇サプリメントの利用	(無) 有
◇内服自己管理能力	(無) 有
◇内服薬誤薬(*)	(無) 有 該当なし
◆患者・家族の要望	
◇その他の関連情報	

「看護基本情報(成人)」 2 ページ目

領域(ドメイン)1 ヘルスプロモーション			
◇どのようなことが健康であると思っていますか 自由な生活が大事			
◇健康を維持するために生活上で注意していることや行っていることがありますか 無 有			
◇喫煙歴 無 有 ()本/日 ()年 BI係数 過去に吸った経験 ()本/日 ()年 年 月 ~ 年 月 より禁煙			
◇飲酒歴 無 有 過去の飲酒経験 種類と量 ビール 150ml / 4回/月			
◇その他の関連情報			
領域(ドメイン)2 栄養			
◇身長 146.0 cm	◇体重 53.2 kg	◇標準体重 46.9 kg	◇BMI 25.0
◇TP 145.0 g/dl	◇HGB 45.0 g/dl	◇HCT %	
◇ALB 145.0 g/dl	◇TG mg/dl	◇血Na mEq/l	◇血K mEq/l
◇T-Chol mg/dl	◇血Ca mg/dl	◇血Mg mEq/l	
◇血CL mEq/l	◇上腕三頭筋皮下脂肪厚 mm		
◆食事は現在どのようにされていますか ☒ 経口 ☐ 経管 ☐ 点滴 <経口> 食事内容 3回 (ごはん100g) 食事摂取量 3回 食事回数・時間 3回 (7:30, 12:00, 19:00) 水分摂取量 <経管> ☐ 経鼻 ☐ 胃瘻(*) ☐ 腸瘻 ☐ その他() 内容・量 <点滴> 投与経路 投与方法 ☐ 持続点滴 ☐ その他() 内容・量			
◆食事量の変化はありましたか(*) 無 有 (☐ 減少 ☐ 増加) いつ頃から() 2016年6月 10日 12時 19時 下痢(+)			
◆状態の有無(*) (無) 有 ☐ 嘔気 ☐ 嘔吐 ☐ 腹痛 ☐ 食欲不振 ☐ 過食 ☐ 摂食障害 ☐ 咀嚼困難 ☐ 嚥下障害 ☐ 開口障害 ☐ 口渇 ☐ 味覚異常 ☐ 皮膚乾燥/粘膜乾燥 ☐ 浮腫 ☐ 腹水 ☐ その他()			
◆義歯(*) ☒ 無 ☐ 有 (☐ 自己管理 ☐ 預かり) 個数 義歯の種類 ☐ 上顎 ☐ 部分床義歯 ☐ 全部床義歯 ☐ 下顎 ☐ 部分床義歯 ☐ 全部床義歯			
◆体重の変化がありましたか(*) 無 有 (☐ 5 Kg減少 ☐ Kg増加) 不明 いつ頃から 1年			
◇その他の関連情報			

「看護基本情報(成人)」3 ページ目

領域(ドメイン)3 排泄									
◇尿PH	◇尿比重	◇尿糖	◇尿蛋白						
◇尿潜血	◇尿ビリルビン	◇尿ケトン体	◇血清尿素窒素	mg/dl					
◇血清クレアチニン	mg/dl								
◇動脈血ガス分析									
PH	PaO2	mmHg	PaCO2	mmHg	HCO3	mmol/L	BE	mmol/L	
◇経皮的動脈血酸素飽和度(SpO2) %									
酸素	無	有	2	%	☐ 経鼻 ☐ マスク ☐ リザーバーマスク ☐ その他()				
◇中心静脈圧(CVP) mmHg									
◆尿回数1日	7	回	夜間(*)	1	回	◇尿量	ml/日		
◇最終排尿	8/3								
◇排尿に関する症状	(無) 有								
性状:	☐ 血尿	☐ 混濁							
状態:	☐ 排尿困難	☐ 排尿痛	☐ 残尿感	☐ 尿失禁(*)	☐ 頻尿(*)	☐ 尿意不明			
	☐ その他								
◇尿析	(無)	有	いつから						
	()	回/週							
◇尿路カテーテル使用(*)									
(無)	有	カテーテルの挿入日 年 月 日 サイズ・種類等							
尿路変更の有無									
(無)	有	☐ 腎瘻	☐ 膀胱瘻	カテーテルの挿入日 年 月 日					
		☐ 回腸導管	☐ 尿管皮膚瘻	:ストマの種類・管理方法等					
自己導尿(*)									
(無)	有	カテーテルのサイズ・種類等							
◆便回数 1 回/ 3 日									
◇最終排便	8/2								
◇排便に関する症状	(無) (有)								
性状	☒ 硬便	☐ 軟便	☐ 泥状便	☐ 水様便	☐ 粘液便	☐ 潜血便	☐ タール便	☐ 下血	
状態	☐ 排便困難	☐ 排便痛	☐ 残便感	☐ 便失禁(*)	☐ 下痢(*)	☐ 便秘(*)			
	☐ 便意不明	☐ 便柱異常	☐ 腹痛	☐ 鼓腸	☐ その他()				
◇便通調整のために行っていることはありますか									
☒ 無	☐ 有	☐ 緩下剤	☐ 下剤	☐ 浣腸	☐ 座薬	☐ 止痢剤	☐ その他()		
◇人工肛門(*) (無) 有									
ストマの種類・管理方法等									
◆呼吸について問題と感じている症状や異常がありますか (無) 有									
◇胸部X-Pの異常 無 有									
所見									
◇その他の関連情報									

領域(ドメイン)4 活動/休息										
◇体温(*)	36.4℃	◇呼吸数	18	回/分	◇脈拍	51	回/分	整	不整	
◇血圧	右手 120/67 mmHg	左手	/	mmHg	部位	/	mmHg			
◇動脈血ガス分析										
PH	PaO2	mmHg	PaCO2	mmHg	HCO3	mmol/L	BE	mmol/L		
◇経皮的動脈血酸素飽和度(SpO2) %										
酸素	無	有	ℓ	%	☐ 経鼻	☐ マスク	☐ リザーバーマスク	☐ その他()		
◇在宅酸素(HOT)(*)	無	有	安静時	ℓ/min	活動時	ℓ/min				
◇在宅人工呼吸器(*)	無	有	機種		設定					
◇中心静脈圧(CVP) mmHg										
◇瞳孔の異常所見 無 有										
瞳孔の大きさ	右	mm	左	mm						
対光反射	右: 迅速	鈍	無反応	左: 迅速	鈍	無反応				
◇眼球運動の異常所見 無 有										
眼球の偏位	無	有	☐ 右共同偏位	☐ 左共同偏位	☐ 上方偏位	☐ 下方偏位				
眼振	無	有	☐ 水平性	☐ 垂直性						
◆現在、睡眠状態はどうですか 睡眠時間 (1 時 ~ 7 時) (6 時間)										
◆睡眠について何か問題がありますか										
☒ 無	☐ 有	☐ 入眠障害	☐ 中途覚醒	☐ 早期覚醒	☐ 熟眠障害	☐ いびき	☐ その他()			
◇その対処方法がありますか 無 有										
☒ 薬剤	☐ 寝具の工夫	☐ 飲み物	☐ その他()							
◆日常生活動作(ADL)を行う上で問題がありますか 無 有										
食事										
更衣										
排泄(*)										
入浴・清潔										
整容										
口腔衛生										
移動										
服薬(*)										
◇日常生活関連動作(IADL)を行う上で問題がありますか 無 有										
買い物	来(おしゃべり)									
調理	おト									
家事(掃除・洗濯)										
金銭管理										
公共交通機関の利用	使わないうえに									
◇手足(四肢)の筋力に問題がありますか 無 有										
MMT(徒手筋力テスト)	右上肢	/5	左上肢	/5	右下肢	/5	左下肢	/5		
利き手	右	左								
◇住環境はどうですか										
☒ 一戸建て	☐ アパート	☐ マンション	☐ その他()							
主に生活している階は何階ですか 1階 2階以上										
トイレ:	洋式	和式	寝具:	ベッド	布団					
				階段	無	有	エレベーター:	無	有	
				浴室	手すり:	無	有	シャワー:	無	有

◇何か余暇活動はしていますか	無	有	
TV鑑賞			
◆胸部症状はありますか			
☐ 無 ☐ 有 ☐ 動悸 ☐ 胸痛 ☒ 胸部圧迫感 ☐ 呼吸困難 ☐ その他()			
増強因子			
緩和因子			
◇咳はありますか	無	有	
☐ 性状: ☐ 湿性 ☐ 乾性 ☐ その他()			
◇痰はでますか	無	有	
量: ☐ 多量 ☐ 中等量 ☐ 少量 ☐ その他()			
性状: ☐ 粘性 ☐ 漿液性 ☐ 血性 ☐ 膿性 ☐ その他()			
色調: ☐ 白色 ☐ 黄白色 ☐ 黄色 ☐ 黄緑色 ☐ ピンク色 ☐ 褐色 ☐ その他()			
◇呼吸音	☒ 正常 ☐ 減弱 ☐ 消失 ☐ 左右差 ☐ 部位:		
◆異常呼吸			
☒ 無 ☐ 有 ☐ 無呼吸 ☐ 徐呼吸 ☐ 少呼吸 ☐ 多呼吸 ☐ 浅速呼吸 ☐ 過呼吸 ☐ 減呼吸 ☐ チェーンストークス呼吸 ☐ ビオー呼吸 ☐ その他()			
◇努力呼吸	☒ 無 ☐ 有 ☐ 下顎呼吸 ☐ 鼻翼呼吸 ☐ 陥没呼吸 ☐ 肩呼吸		
◇起坐呼吸	(無) 有		
◇チアノーゼ	☐ 無 ☒ 有 ☐ 爪床 ☐ 四肢末端 ☐ 四肢 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 顔面 ☐ 眼瞼 ☐ 口周辺 ☐ 全身 ☐ その他()		
◆浮腫・腫脹			
☒ 無 ☐ 有 ☐ 顔面 ☐ 眼瞼 ☐ 眼球結膜 ☐ 手背 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 体幹 ☐ 陰部 ☐ 足背 ☐ 全身 ☐ その他()			
◇静脈瘤	☐ 無 ☒ 有 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢 ☐ 会陰部 ☐ その他()		
◆末梢冷感	(無) 有		
◆ペースメーカーを植え込んでいますか	無	有	
部位:	モード:	レート:	
◇ペースメーカー手帳	(無) 有 (持参 (無))		
◇その他の関連情報			

領域(ドメイン)5 知覚/認知

◇意識レベル

☒ 清明 ☐ グラスゴーコーマスケール E M V

◆見当識障害(*)

☒ 無 ☐ 有 (☐ 人物 ☐ 場所 ☐ 時間) 不明

◆感覚/知覚異常の有無

無 ☒ 有 不明

◇視覚(*) 無 ☒ 有 不明 ☐ 近視 ☐ 遠視

視力: 右 ☒ 左 ☒

眼圧: 右 ☒ 左 ☒

装具: ☐ 無 ☐ 有 ☒ 眼鏡 ☐ コンタクトレンズ ☐ 義眼(☐ 右 ☐ 左) ☐ その他()

病気・症状: ☐ 白内障 ☐ 緑内障 ☐ 幻視 ☐ その他()

◇聴覚(*) ☒ 無 ☐ 有 不明

部位: ☐ 右 ☐ 左

病気・症状: ☐ 耳鳴 ☐ めまい ☐ 難聴 ☐ 聴覚消失 ☐ 幻聴 ☐ その他()

補聴器: 無 ☐ 有 (☐ 右 ☐ 左)

◇運動覚 ☒ 無 ☐ 有 不明

部位:

症状: ☐ 麻痺(*) ☐ しびれ(*) ☐ ふらつき(*) ☐ 倦怠感 ☐ 平衡覚幻覚 ☒ その他()

必要な補助具: ☐ 装具 ☐ 歩行器(*) ☐ 車椅子(*) ☐ 杖(*) ☐ その他()

◇触覚 ☒ 無 ☐ 有 不明

◇臭覚 ☒ 無 ☐ 有 不明

◇味覚(*) ☒ 無 ☐ 有 不明

☐ 甘味 ☐ 辛味 ☐ 苦味 ☐ 酸味 ☐ 幻味 ☐ その他()

◇思考の体験様式の異常 ☒ 無 ☐ 有 不明

☐ 強迫観念 ☐ 自生思考 ☐ させられ体験 ☐ 思考吹入 ☐ 思考奪取 ☐ 思考伝播 ☐ 考想察知

☐ その他()

◇思考内容の異常(妄想) ☒ 無 ☐ 有 不明

◆注意力・記憶力・理解力に関する問題(*) ☒ 無 ☐ 有 不明

◇認知機能の低下(*) ☒ 無 ☐ 有

◇徘徊(*) ☒ 無 ☐ 有

◆コミュニケーションに関する問題の有無

無 ☒ 有 ☐ 不明 ☐
☐ 構音障害 ☐ 失語症 ☐ 気管切開(*) ☐ 気管挿管 ☐ 口腔疾患 ☐ その他()

コミュニケーション手段

☐ 文字盤 ☐ 筆談 ☐ 手話 ☐ 読唇 ☐ 身振り ☐ 人工咽頭 ☐ その他()

◇その他の関連情報

領域(ドメイン)6 自己知覚

◇自分自身をどのように思っていますか

◆病気になって変わったこと、できなくなったことはありますか

無 ☒ 有 ☐
 身体的外観の変化:
 身体的機能の変化:
 生活習慣の変化:
 人間関係の変化:
 その他:

身体機能の変化:
 生活習慣の変化:
 人間関係の変化:

◇自己能力・価値・重要性及び成功の評価

◇その他の関連情報

領域(ドメイン)7 役割関係

◆ご家族についてお聞かせください(家族構成)

氏名:	続柄:	年齢:	住まい:	職業:
① 氏名:	続柄:	年齢:	住まい:	職業:
コメント:				
② 氏名:	続柄:	年齢:	住まい:	職業:
コメント:				
③ 氏名:	続柄:	年齢:	住まい:	職業:
コメント:				
④ 氏名:	続柄:	年齢:	住まい:	職業:
コメント:				
⑤ 氏名:	続柄:	年齢:	住まい:	職業:
コメント:				

◆ご本人の住まい(*)

独居 ☒ 日中独居有 ☐ 日中独居無 ☐

◆ご本人の職業 無 ☒ 有 ☐ (無の場合:元の職業)

元の職業

◆婚姻状況			
☐ 未婚	☒ 既婚	☐ 離婚	☐ 死別
☐ 別居	☐ 内縁	☐ その他()	
◇配偶者:氏名	年齢	職業	既婚 年目 健康状態
1985年			
◇入院中に生じる問題がありますか			
☐ 無	☒ 有	☐ 職場	☐ 家族 ☐ 地域 ☐ 学校 ☐ その他()
◆入院中にあなたを支援したり協力してくれる人はいますか			
☐ 無	☒ 有	氏名	続柄
◇育児・養育・介護に関してお答えください			
◇母乳栄養を実施する過程で問題がありますか			
☐ 無	☐ 有		
◇その他の関連情報			
領域(ドメイン)8 セクシュアリティ			
◇性・生殖機能について気になる問題がありますか			
☐ 無	☐ 有		
◇月経は規則的ですか			
☐ 規則的	☐ 不順	☐ 無	
◇月経周期は何日周期ですか			
◇月経の持続期間は何日ぐらいですか			
◇初潮は何歳でしたか			
◇閉経されたのは何歳でしたか			
◇現在妊娠していますか			
☐ はい	☐ いいえ	☐ 不明	予定日 年 月 日 入院時妊娠週数
◇その他の関連情報			

領域(ドメイン)9 コーピング/ストレス耐性

◇これまでにストレスと感じるような大きな出来事がありましたか

無

有

負に任せておくといい

◇これまでにストレスと感じる出来事があった場合、どのように対処しましたか

やり直す、家に行く、友達と話す

◆現在、ストレスと感じていることやそのために起こっている身体的・精神的症状などがありますか

無

有

☐ 不安感

☐ 恐怖感

☐ 悲嘆

☐ 絶望感

☐ 喪失感

☐ 無力感

☐ うつ状態

☐ 自殺企図

☐ 希死念慮

☐ 罪悪感

☐ 怒り

☐ パニック

☐ イライラ感(焦燥感)

☐ 攻撃性

☐ 依存的

☐ 緊張

☐ その他

◇現在ストレスと感じる出来事があった場合、どのように対処していますか

◇支援システムや地域資源を利用していますか 無 有

◇その他の関連情報

領域(ドメイン)10 生活原理

◇日頃、大切にしている習慣・行動等がありますか 無 有

◆今までに治療指示を守れなかったり、中断したことがありますか 無 有

◇人生において重要と考えている事柄はありますか 無 有

◆宗教上や信念のために、受け入れられない治療がありますか 無 有

◇その他の関連情報

領域(ドメイン)11 安全/防御									
◇WBC	× 1000/μl	◇CRP	mg/dl	◇RBC	× 1000000/μl				
◇HGB	g/dl	◇HCT	%	◇PLT	× 1000/μl				
◇TP	g/dl	◇ALB	g/dl	◇FBS	mg/dl	◇HbA1c:NGSP	%	◇体温	℃
◆感染の兆候の有無(*) 無 有									
◆転倒転落・失神したことがありますか(*) 無 有									
◆足腰の弱り、筋力の低下、ふらつきがありますか(*) 無 有									
◆皮膚や組織の異常の有無 無 有									
褥瘡(*): 無 有									
部位: ☐ 仙骨部 ☐ 座骨部 ☐ 尾骨部 ☐ 大転子部 ☐ 踵部 ☐ 胸部 ☐ 頸部 ☐ その他()									
☐ 擦過傷 ☐ 打撲創 ☐ 骨折 ☐ 出血斑 ☐ 発赤 ☐ 皮膚の湿潤 ☐ 水疱 ☐ 潰瘍 ☐ 瘢痕									
☐ 発疹 ☐ 熱傷 ☐ 手術創 ☐ 黄疽 ☐ その他()									
◇粘膜の異常の有無 無 有									
☐ 口腔粘膜 ☐ 鼻粘膜 ☐ 角膜 ☐ 肛門 ☐ 陰部 ☐ その他()									
◇舌の異常の有無 無 有									
◇口臭の有無 無 有									
◇唾液の分泌異常の有無 無 有									
◇歯の異常の有無 無 有									
◇自分や他者に対して有害となりうる行動の危険性(*)									
無 有									
◇体内金属の有無 無 有									
◇その他の関連情報									

領域(ドメイン)12 安楽

◆身体的苦痛(疼痛・不快)はありますか 無 有

痛みの部位:

痛みの種類: ☐ 刺す ☐ うずく ☐ 灼ける ☐ 鋭い ☐ 鈍い ☐ 脈打つような ☐ 切り裂くような
☐ その他()

痛みの強さ:

痛みの開始時期:

痛みの継続時間:

鎮痛剤の使用と効果:

増悪因子:

緩和因子:

鎮痛の期待レベル:

不快な自覚症状: ☐ 嘔気 ☐ 嘔吐 ☐ 食欲不振 ☐ その他()

◆精神的苦痛(環境的・社会的)はありますか

無 有

◇その他の関連情報

領域(ドメイン)13 成長/発達

◇最近、身体・精神上できなくなったと自覚することがありますか

無 有

◇身長(身体的発達)についてこれまでに指摘されたことがありますか

無 有

◇精神的・社会的発達についてこれまでに指摘されたことがありますか

無 有

◇その他の関連情報