

在宅医療についての問診票

記入日： 年 月 日

患者氏名： _____

記載される方の氏名： _____ 続柄： _____

■状態について

①病名：

いつごろ診断されましたか：

②気になる症状があれば教えてください

③既往歴（今までかかったことのある主な病名）

④服薬状況

⑤直近1年以内に入院されたことはありますか

なし：

あり：病院名（ ） 期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）

⑥アレルギー歴（食品、薬など）

なし：

あり：（ ）

⑦嗜好品について

タバコ： 吸う（ 才から）（現在 本/日） 吸わない 以前吸っていた（喫煙歴 年）アルコール： 飲む（ 才から）（現在 杯/日） 飲まない

⑧肺炎球菌ワクチンを接種されたことはありますか

なし：

あり： ニューモバックス プレベナー (最終接種日 年 月 日)

⑨新型コロナワクチンを接種されたことはありますか

なし：

あり： 最終接種日 (回目・ 年 月 日)

ファイザー モデルナ その他

⑩次回、新型コロナワクチン接種を当院で希望されますか？

する しない わからない

■生活状況について

①1日の過ごし方

外出できる ほとんど起きており少しなら外出できる ほとんど座っているか横になっている
ほとんど布団で横になっている 常に布団で横になっている

②日常動作

自立 見守りが必要 介助している 全てにおいて介助が必要

③介護保険

なし：

あり：介護度：() 担当者名：() 事業所名：()
サービス内容 ()

■療養について

①今後をどのように過ごしたいと考えていますか

最期まで自宅で過ごしたい 最期は病院に入院したい
まだ決めていない わからない

②どなたが中心になって介護されますか

■気がかりなことなど、差し支えなければご記入下さい

ありがとうございました