

アレルギーについて、該当するものに○で囲んで下さい。

- アレルギーがある、又は、医師にあると言われたことがありますか（ はい いいえ）

『はい』とお答えされた方は、質問にお答えください。

- 花粉症ですか（ 症状：_____ 治療：_____）
- 薬アレルギーですか（薬剤名：_____）
- 食べ物アレルギーでは、以下の食品についてあれば、☑し、症状を○で囲んで下さい。

【見ただ目で食材が判断できるものは対応できますがエキスなどの対応はできません】

- 肉（種類：_____）（症状：吐く げり じんましん のどがかゆくなる その他：_____）
- 魚（種類：_____）（症状：吐く げり じんましん のどがかゆくなる その他：_____）
- えび （症状：吐く げり じんましん のどがかゆくなる その他：_____）
- 牛乳 （症状：吐く げり じんましん のどがかゆくなる その他：_____）
- 乳製品全般（症状：吐く げり じんましん のどがかゆくなる その他：_____）
- そば （症状：吐く げり じんましん のどがかゆくなる その他：_____）
- たまご （症状：吐く げり じんましん のどがかゆくなる その他：_____）

今までに罹ったことのあるご病気について、当てはまるものに☑してください。

- 高血圧症（ _____ ）歳から指摘、内服中 検査のみ
- 脂質異常症（ _____ ）歳から指摘、内服中 検査のみ
- 糖尿病（ _____ ）歳から指摘、内服中 インスリン注射 食事療法 検査のみ
- 脳の病気：病名_____（ _____ ）歳から指摘、内服中 検査のみ
- 心臓の病気：病名_____（ _____ ）歳から指摘、内服中 検査のみ
- 骨そしょう症：（ _____ ）歳から指摘、内服中 検査のみ
- 認知症：（ _____ ）歳から指摘、内服中 検査のみ
- その他：病名_____（ _____ ）歳から指摘、手術した 検査のみ

現在、定期的を受診されている、または、利用しているサービスを教えてください。

病名：_____ 病院名：_____ 次回受診日：_____

貰っている薬： なし あり（_____）

病名：_____ 病院名：_____ 次回受診日：_____

貰っている薬： なし あり（_____）

訪問診療：□あり（病名：_____ 医師名：_____）、

訪問看護：□ なし □ あり、 訪問ヘルパー：□ なし □あり

今までに、輸血したことがありますか（ いいえ はい（_____歳、病名_____）

今までに、手術したことがありますか（ いいえ はい（_____歳、病名_____）

妊娠の回数（ _____ ）回、出産回数（ _____ ）回

ご自宅での様子について、当てはまるものに☑してください。

聴力	<input type="checkbox"/> 大きな声は聞こえる <input type="checkbox"/> （みぎ / ひだり）が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器を使用
視力	<input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 近くは見える <input type="checkbox"/> 光がわかる程度 <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> （みぎ / ひだり）が見えにくい
口腔	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯（部位：_____） <input type="checkbox"/> 歯がない <input type="checkbox"/> 歯肉炎あり <input type="checkbox"/> 歯の治療中（病院：_____、次回受診日：_____）
食事	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> やわらかい固形 <input type="checkbox"/> きざむ/つぶす <input type="checkbox"/> あんかけ状 <input type="checkbox"/> 水分にトロミ <input type="checkbox"/> ムセあり（複数可） <input type="checkbox"/> 胃ろう
排泄	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ着用 <input type="checkbox"/> 夜間のみオムツ着用 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ着用 <input type="checkbox"/> 尿回数（ _____ 回/日） <input type="checkbox"/> 尿意あり <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> ストマ（尿/便） <input type="checkbox"/> 便回数（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 3～5日毎 <input type="checkbox"/> それ以上ごと） <input type="checkbox"/> 便意あり
睡眠	<input type="checkbox"/> よくねむれる <input type="checkbox"/> 眠るお薬がないとねむれない 睡眠時間（ _____ 時間）

嗜好品について、当てはまるものに☑してください。

タバコ 吸ったことが無い （ _____ ）歳～（ _____ ）歳まで吸っていた（ _____ 本/日）

吸っている（ _____ 本/日）

アルコール 飲まない 会合があるときにたしなむ程度（量と種類 _____ ）

時々（量と種類 _____ ） 毎日のむ（量と種類 _____ ）

もし、施設利用中に受診が必要になった場合、搬送して欲しい病院はどこですか

府中病院（ID： _____ ） 和泉市立病院（ID： _____ ）

その他（ _____ ）

一切の病院搬送を希望せず、施設で対応可能な処置を希望する 一切の治療を希望しない

・緊急時、搬送先がご希望に沿えない場合もあることを承認されますか はい いいえ

ご利用に際しまして、ご要望やご質問などございましたら、ご記入下さい。

社会福祉法人悠人会 介護老人保健施設
サンガーデン府中