**看護情報用紙**

**睡眠時無呼吸検査（PSG）で入院される患者様・ご家族の方へ**

　このたびの入院における看護の参考にさせて頂く為に、下記にご記入の上、**入院時に持参し病棟看護師にお渡し**いただきますようをお願いいたします。

尚、記入に関する守秘義務はお約束いたします。

記載日　　　　　年　　　月　　　日　　記載者氏名（　　　　　　　　　　　　　　）続柄（　　　　　　）

|  |
| --- |
| **患者様のお名前**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**様　（　男　・　女　）** |
| ※緊急連絡先は必ず連絡が取れる所（１名の方につき携帯番号と自宅）最低２名以上をお書きください。 |
| 氏名（フリガナ） | 続柄 | 電話番号 | 場所（自宅・職場） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 入院中、入院生活に関するご相談をさせていただく方はどなたですか。氏名（　　　　　　　　　　　　　 ）　続柄（　　　　） |
| ご一緒にお住まいの方はおられますか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 過去にご病気や入院・手術をされたことがありましたらお書き下さい |
| 年齢 | 病名 | 経過 | 入院 | 手術 |
| 歳 |  | 治った　　治療中　その他 | あり　なし | あり　なし |
| 歳 |  | 治った　　治療中　その他 | あり　なし | あり　なし |
| 歳 |  | 治った　　治療中　その他 | あり　なし | あり　なし |
| かかりつけ医はありますか　　　病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身長（　　　　　　　　　）ｃｍ　体重（　　　　　　　　）ｋｇ　いつ測定されましたか　　　　　年　　　　　月最近体重の変化はありましたか（1年以内）（増えた　　　　　ケ月で　　　　　　　ｋｇ）（減った　　　　ケ月で　　　　　　ｋｇ） |
| アレルギーはありますか　　食品（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　薬品（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　（なし　あり）　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 嗜好品についてお尋ねします１）喫煙　　　　　なし　　　あり　：1日（　　　　）本　　（　　　　）年間　　　　　以前は吸っていた：1日（　　　　）本　×（　　　　）年間２）飲酒　　　　　なし　　　あり　：（　　　　　）歳から　 毎日 ・ （　　　　）日／週 　・ 付き合い程度　　　　　　　　　　　　　　　　　　どのくらい飲まれますか（　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　禁酒している（いつから　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 物忘れがひどいなどの症状はありますか？　　　　　　　はい　・　いいえはい、とお答えになった方、他にどのような症状がありますか　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

日常生活についてお尋ねいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **睡　眠** | よく眠れる・眠れない・薬を服用（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **視　力** | 視力障害の有無　　　　あり　　　なし緑内障（　あり　・　なし　）　　白内障（　あり　・　なし　）　眼鏡・コンタクト（　あり　・　なし　）見えにくい　　　（　　大きな文字は見える　　　　顔の輪郭はわかる　　　見えない） |
| **聴　力** | 聴力障害の有無　　　　あり（　右　・　左　・　両方　）　　　なし補聴器の使用　　　　　あり（　右　・　左　）　　　　　　　なし |

ご記入ありがとうございました。

社会医療法人社団　正峰会　神戸大山病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　2025年6月作成