

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)	
①									
②									
③									
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。