

入院前アンケート（保護者の方用）

このアンケートは、ご家庭や学校での様子をお知らせいただき、これからの目標や支援方法を考えるための情報収集の用紙です。記入にご協力いただき、入院の当日に病棟看護師にお渡し下さい。

I、来院時の交通手段

自家用車 電車 バス 徒歩 自宅の最寄駅（ _____ ）
病院までの所要時間： _____ 時間 _____ 分

II、学籍

【学校名】 _____ 【学年】 _____

普通級 通級 支援級 特別支援学校 通信制 その他（ _____ ）

III、健康状態について

① 既往歴 疾患名（ _____ ） _____ 歳
けいれん なし あり _____ 歳
手術 なし あり _____ 歳 手術の内容（ _____ ）
入院 なし あり _____ 歳

② アレルギーについて

薬物 なし あり 薬剤名 _____ 症状 _____
その他 なし あり _____
アトピー なし あり 対処法 _____
喘息 なし あり 最終発作 _____ 年 _____ 月 _____ 日 対処法 _____

③ 予防接種について

MR ワクチン 接種済（ _____ 年 _____ 月） 未接種 罹患済（ _____ 年 _____ 月）
 水痘 接種済（ _____ 年 _____ 月） 未接種 罹患済（ _____ 年 _____ 月）
 おたふく 接種済（ _____ 年 _____ 月） 未接種 罹患済（ _____ 年 _____ 月）
 インフルエンザ 接種済（ _____ 年 _____ 月） 未接種 罹患済（ _____ 年 _____ 月）
 コロナ 接種済（ _____ 年 _____ 月） 未接種 罹患済（ _____ 年 _____ 月）

④ 現在、使用しているお薬について

薬剤名 _____

飲み方の工夫

<管理> 家族 本人 忘れる 忘れない

⑤ 服薬や入院治療の必要性に関しどのように考えていますか？

本人 _____

保護者 _____

⑥ 内服薬や疾患に関し、どのくらい知識がありますか？

⑦ 入院治療に関し、どの程度期待を持っていますか？

⑧ 今回の入院について医師からどのような説明を受けましたか？

本人 _____

保護者 _____

⑨ 保護者の方の健康状態について教えてください。

良好 治療中 疾患名 _____

IV 栄養について

一日の食事パターン 規則的 (回/日) 不規則 _____

食行動 偏食 拒食 過食

体重の変化 なし あり _____

皮膚の状態に問題はありますか なし あり _____

V 排泄について

1 排尿回数 回/日 (最終 / 時頃) 夜尿 夜間トイレ 失禁 オムツ

2 排便回数 回/日 (最終 / 時頃) 便秘 下剤使用 浣腸使用 下痢

VI 日常生活動作について

1 食事 自立 要支援 どのように _____

2 排泄 自立 要支援 どのように _____

3 洗面 自立 要支援 どのように _____

4 歯磨き 自立 要支援 どのように _____

5 入浴 自立 要支援 どのように _____

6 洗髪 自立 要支援 どのように _____

7 更衣 自立 要支援 どのように _____

VII 好きな遊びについて

テレビ ビデオ コンピューターゲーム テーブルゲーム _____

対戦カードゲーム 絵を描く 読書 収集 野外活動 _____

スポーツ その他 _____

VIII 睡眠・休息について

1 睡眠時間 規則的 時 分 ~ 時 分 不規則 ()

2 昼寝の習慣 なし あり (時間)

3 睡眠の問題 寝つきが悪い 途中で起きてしまう 朝早く起きてしまう 朝起きられない
対処法 _____

IX 認知・感覚機能について

問題なし

問題あり

視力 眼鏡 コンタクト その他 _____

話しかけへの反応 _____

視覚 _____

聴覚 _____

触覚 _____

嗅覚 _____

味覚 _____

X ご本人のことについて

1 性格 _____

2 長所 _____

3 短所 _____

4 入院に対して不安を訴えていますか? なし あり _____

5 癩癢を起こすことがありますか? なし あり どんな時に _____

6 容姿や外見についてどのように思っていますか? _____

7 人からどう思われていると思っていますか? _____

8 友達はいますか いる いない

9 ご本人の今後の希望は何でしょう? _____

- 友達がほしい 復学したい 家族と仲良くしたい
その他_____

X I 保護者の方の入院に対する不安・将来への期待・入院中の生活や今後の希望について教えてください。

X II 家庭での役割、家族との関係性について

1 同居している家族を教えてください

- 父 母 兄____人 姉____人 弟____人 妹____人 祖父 祖母
その他

2 親との関係は良いですか？ 良い 悪い

3 兄弟との関係は良いですか？ 良い 悪い

4 主に世話をする人はだれですか？ 母 父 その他_____

5 子育てへの協力者はいますか？ なし あり 母 父 その他_____

6 面会に来る（予定の）人を教えてください。母 父 その他_____

7 家族以外の子育てに関する相談者はいますか？なし あり

8 学校に行っていますか？ 行っている 行っていない（ _____ 年 _____ 月頃から）

9 学校以外で定期的に行っている所はありますか？なし あり_____

10 学校で困っていることはありますか？ なし あり_____

X III 性的なことについて

1 性に関して心配なことはありますか？ なし あり_____

2 女子のみお答えください

月経 なし あり（初潮 _____ 歳）

最終月経_____月_____日 生理周期_____日 不順

X IV ストレスへの対処について、その他

1 どのような時にストレスを感じますか？

2 ストレスを感じた時にどのような行動をとりますか？

3 死にたいと言ったり、行動をとったりしたことはありますか？

なし あり どのような時_____
どのように行動_____

4 自分の体を傷つけたことはありますか？

なし あり どのような時_____
どのように行動_____

5 人に暴言や暴力を振るったり、器物破損などの行動をとったりしたことはありますか？

なし あり どのような時_____
どのように行動_____

6 信仰上の理由で遠慮してほしいことはありますか？

なし あり_____

以上で質問は終了です。ご協力ありがとうございました。

その他にご質問やご要望などがありましたら、担当の看護師にお申し出下さい。