

◆問診表◆ 5-①

食事記録表（1日分）

氏名 _____

- ◇旅行や冠婚葬祭などの行事のある日をさけて
日常的な一日の食事を記入して下さい。
- ◇外食やコンビニ弁当などでカロリー表示のあるものは、
そのカロリーも記入して下さい。
- ◇数量には家族分で用意をしても、
実際に食べた1人分で記入して下さい。
(皿に盛られても残した分は、食べた量に含みません)

<例>

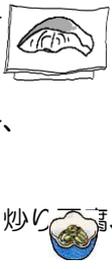
	料理名	食品名	数量
主食	ごはん	ごはん	150g
	ちくぜん煮	とり肉(皮無し) ごぼう ちくわ にんじん こんにゃく 油	40g 45g 1/3本 20g 30g 小さじ1
おかず		さとう しょうゆ	小さじ1 小さじ2
	ごま和え	はくさい ごま さとう しょうゆ	小さじ1/4 小さじ1/3 小さじ1/2
飲物 など	ビール	ビール	1缶

<主食とは>
・ごはん、パン、
めん類、もちなど



<おかずとは>

- ・肉料理
(焼肉、炒め物、餃子
から揚げなど)
- ・魚料理
(焼き魚、煮魚、刺身、
天ぷら、など)
- ・豆料理
(冷やっこ、湯豆腐、炒り豆腐、
なっとうなど)
- ・野菜料理
(サラダ、煮物、酢の物など)
- ・その他
(汁物、漬け物、佃煮、のりな
ど)



一問食一

	食品名	数量
午前		
午後	コーヒー ミルク (粉)	150ml 小さじ1
夕食後	キウイ	1ケ

<飲物・デザートなどとは>

- ・飲み物
(牛乳、コーヒー、ヨーグルト、
アルコールなど)
- ・果物
(生果物、缶詰果物、干し柿など)
- ・菓子類
(和菓子、洋菓子、せんべい・おか
アイスなど)



◆問診表◆ 5-②

食事記録表(1日分)

		料理名	食品名	数量
朝食	主食			
	おかず			
	飲物など			
昼食	主食			
	おかず			
	飲物など			
夕食	主食			
	おかず			
	飲物など			

<平均的な食事時間>

朝食 (:)

昼食 (:)

夕食 (:)

間食 (:)

<料理の味付けについて>
(いずれかに○をつける)

・砂糖やみりんを使いますか?

()ほとんど使わない_0

()少し使う_5

()普通に使う_10

()たくさん使う_20

・うす味ですか?

()薄い_3

(減塩に努力している)

()どちらともいえない_4

()からい方_5

—間食—

	食品名	数量
午前		
午後		
夕食後		

※確認欄

油・2・4・AL・嗜

◆問診表◆ 5-③

看護科問診表

この問診表は、あなたの今後の治療に役立たせていただくための物です。
記載していただいた内容については、秘密を守ることをお約束します。

ふりがな お名前			
連絡先	① 電話 (— —)	お名前	続柄
	携帯 (— —)		
	② 電話 (— —)	お名前	続柄
	携帯 (— —)		
	住所		

1. 健康認識／健康管理

1) 現在つらいこと（症状）や気がかりなことはなんですか。

2) 今回の病気で入院するまでの経過をわかる範囲でお書き下さい

3) 今までかかった病気や、現在治療を続けておられる病気がありますか。

何歳頃	病名	治療方法 ○をつける（かかった病院）	治療状況
		入院・手術・点滴・内服（ ）	継続・中止

上記以外でありましたら、記載してください。

4) 現在内服されている薬、点眼薬、軟膏などありましたら教えてください
（お薬手帳など）入院される方は持参してください。

5) 内服薬を飲まれている方で薬の管理はどなたがされていますか。
ご本人・その他（ ）

6) 今まで健康を保つために注意したり、努めてきたことがありますか。

7) 食事療法をされていますか。 いいえ・はい（カロリー制限・塩分制限・水分制限）

8) タバコを吸う習慣がありますか。 いいえ・はい（ ）本/日、約（ ）年間

9) お酒は飲まれますか。 いいえ・はい（種類 ）
（ ml/毎日、 回/週、たまに）

2. 栄養

1) 入れ歯はされていますか。 いいえ・はい 部分入れ歯（上・下 総入れ歯）

2) 最近6ヶ月間で、体重が減ったり・増えたりしたことがありますか。 いいえ・はい
それはどのくらいですか。約（ ）kg

◆問診表◆ 5-④

3. 排泄

- 1) 一日の尿の回数は何回ですか。 昼（ ）回 夜（ ）回
- 2) 排尿に関して気になることがありますか。 いいえ・はい
痛み・出にくい・もれる・残った感じがある・色・その他（ ）
- 3) 便の回数は何回ですか。（ ）日に（ ）回 最終排便（ / ）
- 4) 便通のために、使用されているものがありますか。 いいえ・はい
下剤・坐薬・浣腸・下痢止め・その他（ ）

4. 活動／休息

- 1) 起床時間（ ）時 就寝時間（ ）時
- 2) 熟睡感はありますか。 いいえ・はい
- 3) 睡眠を助けるものがありますか。 いいえ・はい
枕・薬物・飲食物・アルコール・その他（ ）
- 4) 入浴は週何回されていますか。 （ ）回／週
- 5) 日常生活で補助具・装具を使用されていますか。 いいえ・はい
杖・車椅子・押し車・（ ）装具・その他
- 6) 気分転換として行っていること（余暇活動・趣味など）はありますか。

5. 知覚／認知

- 1) 物が見えにくいですか。 いいえ・はい
(眼鏡・コンタクトレンズを使用している・していない)
- 2) 音が聞こえにくいですか。 いいえ・はい (補聴器を使用している・していない)
- 3) しびれの症状がありますか。 いいえ・はい (その部分はどこですか)

6. 自己知覚

- 1) ご自身の性格をご記入ください（
- 2) 病気になって自分に対する感じ方がかわりましたか。
変わらないと思う
変わったと思う (どのように

7. 役割関係

- 1) ご職業をご記入下さい（
現在無職の方は以前のご職業をご記入下さい（
- 2) 家族での役割は：世帯主・主婦・学生・その他（
- 3) 困った時誰に相談されますか。相談しない・相談する（誰に
- 4) 今回の入院に対する、ご家族の方の思いをご記入下さい。

◆問診表◆ 5-⑤

8. セクシュアリティ（女性の方のみお答え下さい）

- 1) 最終月経はいつですか。（ 月 日）閉経（ ）歳
- 2) 更年期障害がありますか。 いいえ・はい（その症状は ）

9. コーピング/ストレス耐性

- 1) 趣味をお持ちですか。 いいえ・はい（ ）
- 2) ストレスがある時、どのように対応されていますか。
（例お酒をのむ・スポーツをするなど ）

10. 生活原理

- 1) 信じている宗教がありますか。 いいえ・はい
- 2) 物事に対する決断は、自分でされますか。 いいえ・はい

11. 安全/防御

- 1) 現在見られる症状に○をつけてください
咳・痰・むくみ・発赤・発疹・かゆみ・ただれ・その他（ ）
- 2) アレルギーはありますか。 いいえ・はい
食べ物・薬・絆創膏・その他（ ）
アレルギー物質がわかればご記入下さい。)
- 3) つまづく・転ぶということが多いですか。 いいえ・はい

12. 安楽

- 1) 吐き気や嘔吐がありますか。 いいえ・はい
- 2) 痛いところがありますか。 いいえ・はい（その部位は： ）

13. 成長/発達

- 1) 外に出る気がしない、何もする気がおきないなど、気力の減退を感じますか。
いいえ・はい
- 2) 現在同居されているご家族を教えてください。
- 3) 何か気になること、聞いてみたいことなどありましたらご自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました