

◆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 (— —)		
住所	② 電話 (— —)	お名前	続柄
	携帯 (— —)		

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
		入院・手術・点滴・内服 ()	継続・中止
		入院・手術・点滴・内服 ()	継続・中止
		入院・手術・点滴・内服 ()	継続・中止
		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