

転倒・転落を防ぐための質問票

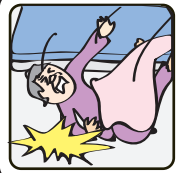
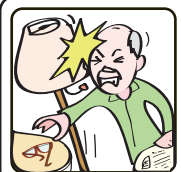


ご入院にあたり、慣れない療養環境で転ばないために入院前の状況を伺います。

下記の内容について、ある・なし いづれかを○で囲んでください。

ご記入の用紙は、入院時に看護師に渡してください、不明な所は、お尋ねください。

患者ID		生年月日		科名	
患者氏名		性別		病棟	

 ある・なし ① 一年以内に転んだり ベッドから落ちた ことがある	 ある・なし ⑧ 立つ時や歩くときに ふらつくことがある	 ある・なし ⑮ 下記のお薬を使用し ている (○で囲んで下さい) ・睡眠剤 ・安定剤 ・利尿剤 ・血圧の薬 ・下剤 ・痛み止め ・麻薬
 ある・なし ② 目が見えにくいため 日常生活で困ること がある	 ある・なし ⑨ 車いす、杖、手押し車 を使用することが ある	
 ある・なし ③ 耳が聞こえにくい ため、日常生活で困 ることがある	 ある・なし ⑩ 移動する時には手助 けが必要である	 ある・なし ⑯ 就寝後、トイレに 2回以上行くこと がある
 ある・なし ④ 手足に不自由がある	 ある・なし ⑪ 最近、不安や心配事 があり、落ち着か ないことがある	 ある・なし ⑰ ポータブルトイレ を使用している
 ある・なし ⑤ 骨や関節が曲がり にくい、または伸び にくい	 ある・なし ⑫ 最近、忘れっぽい とすることがある	 ある・なし ⑱ トイレの時、手助け が必要である
 ある・なし ⑥ 足腰が痛い	 ある・なし ⑬ 最近、判断力や理解 力が衰えていると 感じる	メモ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
 はい・いいえ ⑦ 自由に歩ける	 ある・なし ⑭ 何でも自分でしな いと気が済まない	

質問にお答えいただき、ありがとうございました。

この質問票で、ご記入いただいた情報は、他の目的には使用いたしません。