

*使用の際の注意：このシートは1つの例です。もし使用する場合は上司の方の許可などを得てから使用するようにしてください。

入院ノート

| |
|---------------|
| 入院日： _____ |
| 診察した時刻： _____ |
| 担当医： _____ |

| |
|-------------|
| 患者情報 |
| 氏： _____ |
| 名： _____ |
| 生年月日： _____ |
| ID： _____ |

【主訴】

年齢：

♀ / ♂

- 1
- 2
- 3
- 4

仕事：

【現病歴】

(上記主訴に対する状況を経時的に記載すること。特に痛みがある場合はSOCRATESを用いて確認すること)

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
- etc

Pertinent Positive information

(システムレビューもしくは「見逃してはならない疾患」に対する質問から得られた情報)：

Pertinent Negative information

(システムレビューもしくは「見逃してはならない疾患」に対する質問から得られた情報)：

【既往歴 (内科系・外科系)】

(発症時, 年齢, 治療, その後の経過)

- 1
- 2
- 3
- 4

心筋梗塞 / 狭心症 / 糖尿病 / 高血圧 / 脳卒中 / 痙攣 / COPD / 喘息 / アスベスト / 結核 / 腎臓病 / 肝臓病 / 刺青 / 輸血歴

【服薬内容】

(一般名, 量, 回数, 副作用)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

| |
|----------------|
| 薬物アレルギー |
| ペニシリン (ありなら○を) |
| その他: |

他の既往：乳腺, 婦人科系, 産科系, 整形外科系, 皮膚科系, 内分泌系疾患の既往や性行為歴など医療者の判断で適宜確認すること

その他追加すべき既往があればここに記載すること

【社会歴】

同居人：一人暮らし / 配偶者：夫（妻） / 子ども / その他（○を付ける）
 住居：一戸建て / アパート・マンション / 施設 / 住所不定（○を付ける）
 階段：あり（ 段） / なし
 生活支持組織：ご近所の方 / 友人 / 家族 / その他（○を付ける）
 公的補助：訪問看護 / 訪問診療 / 施設 / 食事配達（○を付ける）
 行動範囲：
 身の回りのことを自分でどこまでできるか：
 趣味：
 最近の旅行先：
 その他：

家族歴（70歳以上であれば省略可）

【喫煙歴】 あり / 過去 / なし（○を付ける）
 本数 / 日 × 年数

【飲酒歴】 定期的 / とときどき / 飲まない（○を付ける）
 飲む程度：CAGEスコアで記載すること

C - Cut Down : やめたいと思っている。
A - Angry / Annoyed (when people criticize patient's drinking) : 飲んでいることを注意されると腹がたつ。
G - Guilty feelings for drinking too much : 飲んでいることに罪悪感を自覚する。
E - Eye opener (drinks from the morning) : 迎い酒を行う。

【Review of system】

全身状態

- 全身状態 体重の変化 発熱 盗汗 元気な度合い
 日々の活動性

HEENT : Head/Eyes/Ears/Nose-Mouth/Throat

頭部 : Head

- 頭痛 : (SOCRATESを用いること) めまい 外傷

目 : Eyes

- 視覚の変化 複視 視力低下 流涙 痛み
 眼球運動

耳 : Ears

- 聴覚の変化 耳鳴り 回転性めまい 耳痛 耳漏

鼻 : Nose

- 鼻出血 鼻水 副鼻腔炎 歯痛 歯肉炎
 歯肉出血

咽頭 : Throat

- 痛み 硬直 甲状腺腫大 腫瘤

循環器系

- 胸痛 胸部圧迫感 動悸 失神
 労作性呼吸困難 起坐呼吸 発作性夜間呼吸苦 浮腫 : 下腿 / 腹部 / 腕 / 顔面
 既往歴 : 高血圧 / 心雑音の指摘 / リウマチ熱 / 下肢静脈瘤 / 静脈炎 間欠性跛行

呼吸器系

- 咳 痰 : 量 (スプーン程度, コップ程度), 色調 (白, 黄色, 緑, 茶褐色)
 血痰 : 量 (スプーン程度, コップ程度) 喘鳴 呼吸苦 運動低下
 胸膜炎 : 痛みを伴っていると思われるのでSOCRATESを使ってください。また特に呼吸で誘発されるかどうか確認してください
 最近の抗生物質使用歴 (3カ月以内) 結核の既往および結核患者に接したことがあるか (曝露歴)

消化器系

- | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲 | <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> 嘔気 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 血便 |
| <input type="checkbox"/> 嚥下困難 | <input type="checkbox"/> 胸やけ | <input type="checkbox"/> 消化不良 | <input type="checkbox"/> げっぷ | <input type="checkbox"/> 鼓腸・ガス |
| <input type="checkbox"/> 便秘の変化 | <input type="checkbox"/> 便の色調の変化 | <input type="checkbox"/> 出血・血便 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 |
| <input type="checkbox"/> 痔核 | <input type="checkbox"/> 黄疸 | <input type="checkbox"/> 好物の変化 | <input type="checkbox"/> 最近の臍の突出 | |

骨格筋系

- | | | | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 筋痛 | <input type="checkbox"/> 関節痛：(SOCRATES を用いて確認すること) | | | |
| <input type="checkbox"/> 関節腫脹 | <input type="checkbox"/> 朝のこわばり | <input type="checkbox"/> 変形 | <input type="checkbox"/> 骨折 | <input type="checkbox"/> 運動制限 |
| <input type="checkbox"/> 局所の浮腫 | <input type="checkbox"/> 夜間のこむら返り | <input type="checkbox"/> 静脈炎 | <input type="checkbox"/> 間欠性跛行 | <input type="checkbox"/> ばち指 |
| <input type="checkbox"/> チアノーゼ | <input type="checkbox"/> レイノー現象 | <input type="checkbox"/> 関節・筋肉の熱感 | <input type="checkbox"/> 筋力の低下・萎縮 | |

腎・泌尿器系

- | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿の色調変化 | <input type="checkbox"/> 尿潜血 | <input type="checkbox"/> 尿の回数 | <input type="checkbox"/> 尿意切迫 | <input type="checkbox"/> 排尿困難 |
| <input type="checkbox"/> 残尿感 | <input type="checkbox"/> 多尿 | <input type="checkbox"/> 乏尿 | <input type="checkbox"/> 夜間排尿 | <input type="checkbox"/> 膿尿 |
| <input type="checkbox"/> 排尿時痛 | <input type="checkbox"/> 疝痛 | | | |

前立腺

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 排尿障害 (最初に排尿するまでに時間がかかる) | <input type="checkbox"/> 尿線変化 | <input type="checkbox"/> 尿閉 |
|--|-------------------------------|-----------------------------|

性機能

- | | | | | |
|---|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 性欲 | <input type="checkbox"/> 早朝の勃起 | <input type="checkbox"/> 勃起不全 | <input type="checkbox"/> 膿尿 | <input type="checkbox"/> 排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> 分泌物 | <input type="checkbox"/> 勃起時の疼痛 | <input type="checkbox"/> 尿道口のかゆみ | | |
| <input type="checkbox"/> パートナーの人数, 同性か異性か, 性行為の様式 (通常, オーラル, アナル) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 性感染症 | <input type="checkbox"/> 避妊の有無 | | | |

産婦人科

- | | | | | |
|---|-------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 初経 | <input type="checkbox"/> 最終月経 | <input type="checkbox"/> 妊娠 | <input type="checkbox"/> 月経困難 | <input type="checkbox"/> 過多月経 |
| <input type="checkbox"/> 閉経 | <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 | | | |
| <input type="checkbox"/> 月経は定期的にあるかどうか | | <input type="checkbox"/> 膣からの分泌物 / かゆみ / 悪臭 | | |
| <input type="checkbox"/> 閉経後の不正性器出血 | | <input type="checkbox"/> 性交疼痛 (表在性か深部か) | | |
| <input type="checkbox"/> 妊娠の回数 (gravida: 妊娠の回数. 出産の有無は関係ない. para: 妊娠20週以上経過した回数. 死産も含む) | | | | |

乳房

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 痛み・圧痛 | <input type="checkbox"/> しこり | <input type="checkbox"/> 腫脹 | <input type="checkbox"/> 分泌物 (乳・膿・血液など) |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|

精神・神経系

- | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 記憶の問題 | <input type="checkbox"/> 意識障害 | <input type="checkbox"/> けいれん | <input type="checkbox"/> 協調運動不能 | <input type="checkbox"/> 感覚異常 |
| <input type="checkbox"/> 発声・感覚・運動障害 | | | | |
| <input type="checkbox"/> どういった感情が多くを占めているか. 例えば幸福感が多いか, 悲壮感が多いか, 鬱状態が多いか, など | | | | |
| <input type="checkbox"/> 感情の問題 | <input type="checkbox"/> 筋力低下 | <input type="checkbox"/> 麻痺 | <input type="checkbox"/> 精神科の問題で入院や治療の既往 | |
| <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 | <input type="checkbox"/> 振戦 | <input type="checkbox"/> 異常感覚 | <input type="checkbox"/> 歩行困難 | <input type="checkbox"/> 抑鬱 |
| <input type="checkbox"/> 不安 | <input type="checkbox"/> 不眠 | <input type="checkbox"/> 妄想 | <input type="checkbox"/> 幻覚 | |

内分泌 / アレルギー / 血液ーリンパ系

- | | | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 温・寒不耐症 | <input type="checkbox"/> 多尿 | <input type="checkbox"/> 多飲 | <input type="checkbox"/> 発汗 | <input type="checkbox"/> のどの渇き |
| <input type="checkbox"/> 体毛消失 | <input type="checkbox"/> ホルモン療法の有無 | | | |
| <input type="checkbox"/> アレルギー: 薬物 / 食物 / 虫でどんなアレルギーが出たか (皮疹, 呼吸困難や喘息) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 出血傾向 | <input type="checkbox"/> 輸血歴・副作用 | <input type="checkbox"/> リンパ節腫大や疼痛 | |

皮膚

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 紅斑 | <input type="checkbox"/> 掻痒感 | <input type="checkbox"/> 色素沈着 | <input type="checkbox"/> 乾燥肌 | <input type="checkbox"/> きめ細かさ |
| <input type="checkbox"/> 毛の成長の変化や喪失 | <input type="checkbox"/> 爪の変化 (厚み, もろい, 色調変化) | | <input type="checkbox"/> ばち指 | |

【身体所見】

バイタルサイン
 体温℃ _____
 脈 拍 _____
 血 圧 _____
 呼吸数 _____

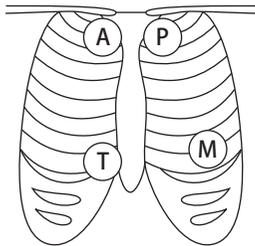
患者の概観： 口腔粘膜：
 栄養状態： 実年齢より上にみえるか同等か、もしくは下にみえるか：
 黄疸/貧血/ばち指/チアノーゼ/浮腫/リンパ節腫脹 (JACCOL: Jaundice, Anemia, Clubbing, Cyanosis, Oedema Lymphadenopathy) (該当に○)

【心血管系】

脈拍： 回/分 整/不整 血圧： (右/左, 座位, 臥位), チルトテスト：

頸静脈 (45度座位)： cm
 前胸部： heave/スリルの位置 -
 心尖部の位置 (偏位? 何cm?):

心臓 心音： I ____ II ____



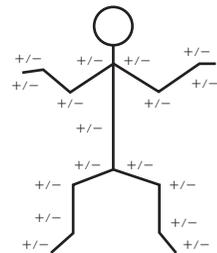
心雑音：
 過剰心音：
 A: 大動脈弁領域
 T: 三尖弁領域
 P: 肺動脈弁領域
 M: 僧房弁領域

心雑音の強度の分類 (Levine)

- I. 微弱な雑音で、注意深い聴音でのみ聴取できるもの。聴音持続の確認が必要である
- II. 聴診器を当てた途端に聴くことができるが、弱い雑音
- III. 中等度の雑音で、明瞭に聴取できる
- IV. III度とは異なり、耳に近く聞こえる強い雑音
- V. 聴診器を胸壁から離すと聞こえないが、聴診器で聴く最も強い雑音
- VI. 遠隔雑音で、聴診器なしでも聴くことができる

下肢 例：浮腫：fast edema (< 40秒) / slow edema (> 40秒)：

脈拍：

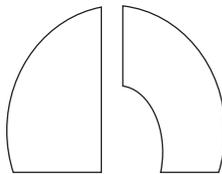


【呼吸器系】

気管：短縮/中央/偏位 拡張： cm

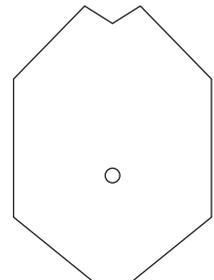
打診：鼓音/濁音 (箇所を図に記載)

聴診：喘鳴/ラ音/摩擦音 (箇所を図に記載)



【腹部・骨盤腔】

羽ばたき振戦 手掌紅斑
 腹部膨満：有・無
 癍痕/ヘルニア門
 腹壁静脈拡張
 疼痛 打診で痛み (箇所を図に記載)
 筋性防御 (箇所を図に記載)
 腸雑音：正常/亢進/低下/消失 (箇所を図に記載)
 肝腫大/脾腫大/腫瘤の触知 (箇所/大きさ/可動性/拍動性/表面の性状)
 腹水 (打診/濁音界移動：shifting dullness/液面の波動：fluid thrill)



肋骨脊椎角叩打痛

直腸診：便：軟 / 硬 / 血便 / 鮮血便（該当に○）

前立腺：大きさ：正常 / 腫大 / 表面は整 / 表面は不整 / 痛み（該当に○）

外陰部：問題を正確に記載（タオルをかけて診察すること）

【中枢神経系】

GCS - E..... M..... V..... : Score : /15 JCS :

瞳孔： 視野：

眼底：

中枢神経Ⅲ / Ⅳ / Ⅵ：

V：運動 感覚：

VII：右 / 左 正常 / 上位運動ニューロン障害（額のしわ寄せ両側可能） /
下位運動ニューロン障害（額のしわ寄せ両側不可）

VIII： IX / X / XI： XII：

反射の記載法

0 = 消失
+ = 減弱
++ = 正常
+++ = 亢進
++++ = クロースレベルの亢進

【末梢神経系】

筋緊張（↑ ↓）： 右上肢 □ 左上肢 □ 右下肢 □ 左下肢 □

筋力：

反射

上腕二頭筋： — —

上腕三頭筋： — —

回外筋肉： — —

膝： — —

かかと： — —

感覚（e. g. 手袋 / 靴下 / 感覚レベル / 解離）

軽い圧迫：

強い圧迫：

温度：

痛み刺激：

振動：

位置覚：

2点識別：

Babinski 反射： — —（↑↔↓）□（↑↔↓）□

小脳

眼振：

指示試験：

企図振戦：

手掌回内回外試験：

膝かかと試験：

発語：

振戦：Yes / No 程度：

Romberg 徴候：+ / -；どちらに傾くか？

歩行（記述すること）

継ぎ足歩行：

つま先歩行：

徒手筋力テスト

(manual muscle testing : MMT)

0/5 = なし

1/5 = わずかな動き

2/5 = 動くが重力に反しては動かせない

3/5 = 動くが抵抗に反しては動かせない

4/5 = 抵抗があると十分には動かせない

5/5 = 抵抗があっても動かせる

略式精神試験スコア

(abbreviated mental test score)

年齢：

生年月日：

日付：

場所：

第2次世界大戦開戦と終戦はいつ？

住所：

現在の首相名：

2人、例えば医師と看護師がそれぞれ医

師、看護師であると認識できるか？

今年は何年？

20から1まで逆に言ってください：

合計 _____ /10

【他の臓器の診察】

乳房：腫瘍；右 / 左 / 両側？（常にタオルをかけて診察すること）

大きさ：X cm × Y cm

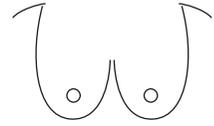
表面の性状：整 / 不整

表在性 / 深部 / いずれも

乳頭分泌：白色 / 膿 / 血性

皮膚の変化：歪み / 橙皮状皮膚

腋下リンパ節？ 箇所？ 可動性？



皮膚：所見を記載すること；平坦 / 膨隆 / 潰瘍性変化 / 紅斑 / 瘢痕化 / 小水泡 / 水泡 / 場所など

関節：位置 / 腫脹 / 発赤 / 可動域 / 亜脱臼 / 脱臼など

