

緩和ケア外来・病棟入院に関する問診票

診療をスムーズに受け入れするために下記の質問にご協力ください。
 ご記入・またはチェックの記載をお願いします。

氏名(ご本人) 様	生年月日 T・S・H 年 月 日	年齢 歳
記載者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族() <input type="checkbox"/> その他()		
連絡先 ①氏名() 続柄() 電話番号() ②氏名() 続柄() 電話番号()		
現在、何人家族ですか？ どなたと暮らされていますか？ 例(4)人家族 家族構成(本人・妻・娘・息子) 同居している家族(本人・妻・娘) ()人家族 家族構成() 同居している家族()		
現在、体のつらさがありますか？ それは何ですか？（複数回答可） <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> おなかがはる <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 食べられない <input type="checkbox"/> 嘔吐・嘔気 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 動けない <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 便がでない <input type="checkbox"/> その他()		
現在、気持ちのつらさがありますか？ 感じていることはありますか？（複数回答可） <input type="checkbox"/> 恐怖 <input type="checkbox"/> 怒り <input type="checkbox"/> 焦り <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> むなしさ <input type="checkbox"/> 孤独 <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> 落ち込み <input type="checkbox"/> 人に会うのがつらい <input type="checkbox"/> 罪悪感 <input type="checkbox"/> 感謝 <input type="checkbox"/> 充実感 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> まわりに関心がもてない <input type="checkbox"/> その他()		
病気のことについて心配なこと、聞きたいことはありますか？（複数回答可） <input type="checkbox"/> 病状について聞きたい <input type="checkbox"/> 今後の見通しについて知りたい <input type="checkbox"/> 苦痛がとれるか知りたい <input type="checkbox"/> 緩和ケアではどのような治療を行うのか知りたい <input type="checkbox"/> 生活する上で注意すること、制限されることなどについて知りたい <input type="checkbox"/> 自分でやっている民間療法や健康食品などを続けることができるか知りたい <input type="checkbox"/> その他()		
病気以外で心配なこと、気にかかることはありますか？（複数回答可） <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 家庭のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> その他()		
現在の主治医からどのように病状説明を受けていますか？また、余命についてはどのように聞いていますか？		

緩和ケア外来・病棟入院に関する問診票(続紙)

2/2

※以下は緩和ケア病棟へ入院希望がある方のみご記入ください。

病室の希望についてお伺いします

- () 入院を希望した時に、早く入院できるのであれば、どの個室でも良い
- () 特別室トイレ・冷蔵庫・洗面台・応接セット(日額24,200円)を希望する
- () 一般個室・冷蔵庫・洗面台を希望する

* 必ずしもご希望に添えないこと、入院後に病室移動をお願いすることがありますのでご了承ください。

緩和ケア病棟では延命処置、蘇生処置は行わない方針となっています。
入棟中にいつか迎える最期の時に、人工呼吸や心臓マッサージなどは控えたいと思います。

ご同意頂けますか？

- 同意する
- 同意できない(希望する対応: _____)

入院判定の結果や入院日時の連絡先はどなたを希望されますか？

- ご本人
- ご家族(氏名: _____)
- その他(氏名: _____)

電話番号(_____)
連絡を避けてほしい曜日・時間(_____)

緩和ケアで希望すること、入院に際しての希望がありましたらご記入ください。

その他、入院にあたり確認したい、知りたい事項がありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。