記入日　　　　年　　月　　日

緩和ケア病棟入院相談問診票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日 | 年齢　　　　　　歳 |
| 記入者　□ご本人　　□ご家族（　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　） |
| 連絡先　　　　　　ご本人電話番号（　　　　　　　　　　　　　）1. 氏名（　　　　　　　　　　　）続柄（　　　　　）電話番号（　　　　　　　　　　　　　）
2. 氏名（　　　　　　　　　　　）続柄（　　　　　）電話番号（　　　　　　　　　　　　　）
 |
| * 緩和ケア病棟を希望された理由について教えてください。

□体のつらさを緩和して欲しい　　□気持ちのつらさを緩和して欲しい□家族に迷惑をかけたくない□人にすすめられて→　医師・看護師・家族・友人・知人・その他（　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 現在の体のつらさについて教えてください。（あてはまる項目すべてに☑して下さい）

□つらさはない□痛み　□だるさ　□息苦しい　□咳　　□食べられない　□吐き気　□吐くこと□お腹が張る　□便秘　　□下痢　□尿がでにくい　□むくみ　□眠れない □発熱□思うように動けない　□かゆみがある　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 現在の気持ちのつらさについて教えてください。（あてはまる項目すべてに☑して下さい）

□つらさはない　□不安がある　□気持ちが落ち込む　□自分を責めてしまう　□イライラ感がある□むなしさがある　□孤独感がある　□考えがまとまらない　□人に会いたくない□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 気がかりなことについて教えて下さい。あてはまる項目に☑をして、（　）内にお書きください。

□家族のこと（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□仕事のこと（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□経済的なこと（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 今後の療養場所として、どこで過ごしたいですか？

□自宅　　□当院の一般病棟　　□当院の緩和ケア病棟　　□近隣の病院（　　　　　　　）□施設（　　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 大切なことを決めるときに相談したり、気持ちを代弁してくれる人は誰ですか？
1. 氏名（　　　　　　　　　　　）　続柄（　　　　　）
2. 氏名（　　　　　　　　　　　）　続柄（　　　　　）
3. 氏名（　　　　　　　　　　　）　続柄（　　　　　）
 |

|  |
| --- |
| * 病気、病状について誰からどのように説明を受けておられますか？

・誰から　□医師　□看護師　□家族　□その他・病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）・病状、今後の治療について |
| * 信仰している宗教はありますか？

□ある（　　　　　　　　　　　　　　　）　□なし |
| * よろしければ職業についてお聞かせください。

・現在（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・以前（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 緩和ケア病棟で希望すること、知っておいて欲しいことなどについてご記入ください。
 |
| * 現在、利用されている制度やサービスがありましたらご記入ください。

□往診医（　　　　　　　　　　　　　　）□訪問看護（　　　　　　　　　　　　　　）□訪問介護（　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）・介護保険：要介護（　　）、要支援（　　）　　身体障害者手帳（　　　　　級） |

|  |
| --- |
| * 入院の時期については、どのようにお考えですか？

□できるだけ早く緩和ケア病棟に入院したい□できるだけ今の療養場所で過ごしたい（自宅・施設・病院）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 緩和ケア病棟の病室の希望をお聞かせください。

□無料個室を希望　□有料個室を希望　　□特別室を希望□入院のタイミングを優先し、どちらでもよい |

ご記入頂き有難うございました。