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。