

勤医協中央病院緩和ケア外来問診票

緩和ケア外来を受診される患者さんをご家族で、よく話し合ったうえでご記入ください。

【ID： _____】

氏名	生年月日 西 暦： _____ 年 _____ 月 _____ 日
信頼できる身近な方の氏名とご関係 氏名： _____ 関係： _____	身近な方の連絡先記入してください。 電話番号または携帯番号 _____ - _____

家族構成をご記入下さい

氏名	ご関係	同居の有無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

現在の病気についてどのように説明を受けていますか。

病名 [_____]

病状 [_____]

病気の状態についてどのように知りたいですか？以下の質問の該当する箇所すべてに☑をつけてください。
(記入できる範囲で構いません)

- すべて自分で知っておきたい
- 可能なら余命も知りたい
- おおまかに知りたい (詳細は家族が知っていればよい ・ 悪い話は知りたくない)
- 今後の病状の変化、起こりうることを知りたい

現在困っている症状はありますか？以下の質問の該当する箇所に☑をつけてください。

- 痛み 呼吸が苦しい 咳 食欲がない 吐き気、嘔吐 便秘 眠れない
- だるさ (倦怠感) 気持ちの落ち込み
- その他 (_____)

緩和ケアについて説明を受けてきましたか。

- はい いいえ

緩和ケアを希望する理由を教えてください。以下の質問の該当する箇所に☑をつけてください。

- 医療関係者（医師や看護師）からのすすめ
- 今後困った症状が出現したときに辛くないようにして欲しいため
- よくわからない
- その他

[]

緩和ケア病棟の入院の時期についてのお考えがあれば教えて下さい。以下の質問の該当する箇所に☑をつけてください。

- 早めに入院したい
- 症状が悪くなったら入院したい
- トイレに行くのが大変だと感じた時入院したい
- できるだけ入院はしたくないと思っている
- その他

[]

延命処置（呼吸や心臓が止まった時など）についてどのようにお考えですか。

（記入できる範囲で構いません）

- 積極的に行ってほしい
- 場合によっては希望する
- 希望しない

記入年月日： 20 年 月 日

記入者署名： _____

ご記入ありがとうございました。