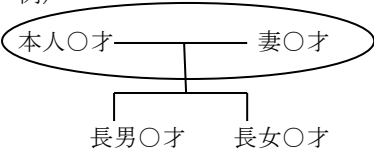


ID

## 緩和ケア外来受診を希望されるご家族の方へ 外来問診票

記入日 年 月 日

診察の参考にしますので、下記内容についてご記入いただき、診察時にご持参ください

お名前（患者さん）  様	お名前（ご家族）  患者との関係（ ）
<b>現在患者さんのお困りの症状は何ですか？</b> <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 吐き気、嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> お腹の張り <input type="checkbox"/> 息切れ（息苦しさ） <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> ねむけ <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> その他（ ）	
<b>病気や病状について、患者さんはどのように説明を受けましたか？</b> 病名（ ） 病状について [ ]	
<b>病気や病状についてご家族はどのように説明を受けましたか？</b> <input type="checkbox"/> 患者さんと同じ説明を受けた <input type="checkbox"/> 患者さんとは別に説明を受けた 病名（ ） 病状について [ ]	
<b>病気や病状について心配なことやお聞きになりたいことはありますか？</b> [ ]	
<b>今後の療養の場として患者さんとしてはどこで過ごしたいと思っていますか？</b> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
<b>今後の治療の希望について</b> <input type="checkbox"/> 病気を治すためにできる限りの治療をしてほしい <input type="checkbox"/> つらい症状をとってほしい <input type="checkbox"/> 精神的な援助をしてほしい <input type="checkbox"/> 何もしてほしくない <input type="checkbox"/> その他（ ）	
<b>家族構成</b> 図のように記入してください。同居者は枠で囲んで下さい。 例)  <pre> graph TD     A[本人○才] --- B[妻○才]     A --- C[長男○才]     A --- D[長女○才]     subgraph Box     A     B     end </pre>	

裏面もご記入ください

介護保険の申請はされていますか？

いいえ・わからない → 今後、介護保険サービスを利用したいと思いますか？  はい  いいえ

はい → ①  要支援1  要支援2  要介護1  要介護2  要介護3  要介護4  要介護5

② 現在、利用しているサービスはありますか？  はい  いいえ

〔 例〕 訪問看護、デイサービス 週〇回など

**入院を希望される方は、以下の項目にもお答えください**

病室の希望についてお伺いします。希望順を（ ）内に番号をご記入ください

( ) 大部屋 (4～6人)

( ) 2人部屋

( ) 個室：何もついていません

( ) 個室：洗面台あり

( ) 個室：トイレ、洗面台あり

( ) 個室：トイレ、洗面台、浴室あり

( ) 個室：トイレ、手洗器、シャワーあり (数が限られています)

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

個室料金は各部屋で異なります。  
個室料金表をもとに説明いたします。

入院の時期をどのようにお考えですか？

できるだけ早く入院したい

できるだけ今いる所 (自宅・病院) にいたい

緩和ケア病棟の入院について患者さんはどのように説明を受けましたか？

〔 〕

緩和ケア病棟の入院についてご家族はどのように説明を受けましたか？

〔 〕

入院に際しての希望がありましたらご記入ください

〔 〕

ご家族等の連絡先をご記入ください

① 家族等 (氏名： ) (続柄： ) (電話番号： )

② 家族等 (氏名： ) (続柄： ) (電話番号： )

ご協力ありがとうございました

ご不明な点がございましたら、東札幌病院 外来 (TEL：812-2311) にご連絡ください

医療法人 東札幌病院 2014年6月作成 2017年10月改訂 2020年5月改訂