

阿南医療センター緩和ケア内科問診票 (患者用)

患者氏名： _____ ID: _____

記入日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下の質問にお答えください。(複数回答可)

1. 現在最も苦痛なことは何ですか？

- 痛み・しびれ 吐き気・嘔吐 お腹の張り 食欲不振 便秘 呼吸困難
咳 痰 だるさ 眠気 不眠 むくみ 意思疎通ができない
認知症 幻覚・錯覚・興奮 気持ちの落ち込み 不安
その他(_____)

2. 病気について、どのような説明を受けていますか？

誰に：医師 看護師 家族

病名：(_____)

現在の状態、今後の治療、緩和ケアについて：

(_____)

3. 緩和ケアを希望される理由は何ですか？

- 苦痛な症状を緩和して欲しい。 苦痛な治療はしたくない。
病気を知った時から、緩和ケアを受けようと決めていた。
家族に迷惑をかけたくない。 医師に勧められたから。
介護する人がいないため。 病気のことが不安でしかたがないから。
その他(_____)

4. 緩和ケアについて心配なこと、聞きたいことはありますか？

- 現在の病状について説明を受けたい。
緩和ケアではどのような治療を行うのか。
経済的なことについて説明を受けたい。
その他(_____)

5. 自分でやっている治療(民間療法、健康食品など)はありますか？

- はい(内容： _____)
いいえ

6. 病気以外のことで心配なこと、又は気にかかることはありますか？

- 仕事のこと(_____)
家庭のこと(_____)
その他(_____)

7. 同居されているご家族を教えてください。

- 一人暮らし 配偶者 親 子供 孫 その他(_____)

(院内用)

8. 病状については、どなたにお話すればよろしいですか？○をつけて下さい。
()患者さんご本人 ()配偶者 ()親(父親、母親)
()兄弟・姉妹(氏名：) ()子供(氏名：)
()子供の配偶者(氏名：)
()友人(氏名：)
()その他(氏名： 患者さんとの関係：)
9. 大切なことを決める時に相談したり、気持ちを代弁してくれたりするのはどなたですか？
氏名： 患者さんとの関係：
住所：
電話・携帯番号(必ず連絡のとれる番号)：
10. 「限度額適用認定証」の申請はされていますか？(70歳未満の患者さんのみ)
はい いいえ
11. 現在利用されている制度・サービスはありますか？
介護保険申請：している(要介護度：) 申請中 申請していない
身障者申請：している(級) 申請中 申請していない
ケアマネジャー：相談している(事業所名： 氏名：)
相談していない
訪問看護：利用している(事業所名： 週 回)
利用していない
ホームヘルパー：利用している(事業所名： 週 回 1回 時間)
利用していない
訪問診療：利用している 利用していない
12. 患者さんは緩和ケア病棟への入院を希望されていますか？
はい いいえ
13. 緩和ケア病棟では基本的に延命処置、蘇生処置、積極的ながん治療は行っておりません。ご同意いただけますか？
同意する 同意できない(希望する対応：)
14. 緩和ケア病棟で症状が和らぎ、自宅での療養が可能となった場合の希望について教えてください。
退院して自宅へ戻りたい。 他の医療機関・介護施設等に入院・入所したい。
その他()
15. その他、緩和ケアについてのご質問やご要望がございましたら、ご記入下さい。

[]

記入年月日： 年 月 日

記入者署名：

ご記入ありがとうございました。