

緩和ケアを希望される患者さんへ (1-1)

患者さん自身

氏名：..... 年齢：.....才 (.....年.....月.....日生まれ)

性別：男・女

住所：〒.....-

電話番号：(.....).....-

職業(現在又は過去)：.....

信頼できる最も身近な人

氏名：..... 患者さんとの関係：.....

住所：〒.....-

電話番号：(.....).....-

以下の質問で該当するところ全部にレ点をつけてください。

1. 現在最も苦痛なことは何ですか。

- 痛み だるい むくみ ひとりで動けない お腹が張る
咳 息苦しい 吐き気 嘔吐 食べられない
不安が強い 眠れない その他(.....)

2. 病気について誰からどのように聞いていますか。

誰から：.....

いつ：.....

病名：.....

病状：.....

3. あなた自身は病気についてどのように思っていますか。

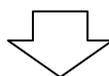
4. 緩和ケアについて説明を受けましたか。

はい

いいえ

5. 緩和ケアを希望される理由は何ですか。

- 病気を知ったときから緩和ケア病棟・ホスピスでのケアを決めていた。
苦痛な症状を緩和してほしい。
苦痛な治療はしたくない。
特に理由はなく、入院できれば良い。
その他(.....)



(裏面の記入もお願いします)

スキャン その他の書類

緩和ケアを希望される患者さんへ (1-2)

6. 病気のことで心配なこと、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。
 - 今後の見通しについて聞きたい。
 - 生活する上で注意すること、制限されることなどについて知りたい。
 - 今の苦痛がとれるかどうか。
 - どのような治療を行うのか。
 - その他 ()
7. 病状についてはどなたにお話すればよろしいですか。
- 配偶者
 - 親 (父親 ・ 母親)
 - 兄弟 ()
 - 子供 ()
 - 友人 ()
 - その他 ()
8. 入院により困ることがありますか。
- 仕事が中断すること。
 - 職場の人に病気について知られること。
 - 経済的に苦しい。
 - 家族の世話ができない。
 - ペットの世話ができない。
 - 生活環境が変わること。
 - 生活のリズムが変わること。
 - 今まで行っていた治療が受けられなくなる。
 - 家族が面会に来られない。
 - その他 ()
9. 症状が落ち着いたら自宅での療養を希望されますか。
- はい
 - いいえ

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。ご質問があれば遠慮なくお尋ねください。