

緩和ケアを希望される **ご家族の方**へ (2-1)

患者氏名 :

ご家族の氏名 :

性別 : 男・女 年齢 才 患者さんとの関係 :

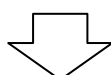
住所 : 〒

.....
電話番号 : (.....)

職業 (現在または過去) :

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. 患者さんは現在、
 入院中
 病院・診療所通院中
 ※入院・通院先 : 医療機関名
- 主 治 医
- 自宅
 どこにも通院していない
2. 緩和ケアを希望される理由は何ですか。
 本人が緩和ケア病棟・ホスピスに入院することを希望している。
 痛みの緩和をしてほしい。
 食べられなくなったので入院させたい。
 治療の効果がなくなり、これ以上苦痛な治療はさせたくない。
 自宅で介護ができないので、入院させたい。
 入院して、回復するための治療を継続させたい。
 その他 (.....)
3. 病気について、患者さん本人は医師からどのように説明されていますか。
 いつ :
 病名 :
 病状 :
4. 病気について、ご家族は医師からどのように説明されていますか。
 いつ :
 病名 :
 病状 :



(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ご家族の方へ (2-2)

5. ご家族はどのような治療や看護を希望しますか。

苦痛を取ってほしい。

精神的な援助をしてほしい。

治すために出来る限りの治療をしてほしい。

本人が希望するような生活が送れるように援助してほしい。

その他 ()

6. ご家族の構成について記入してください。

(同居の方)

(別居の方)

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

7. 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

8. 自宅で介護可能な方は何人いますか (間柄も記入してください)。

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。ご質問があれば遠慮なくお尋ねください。