

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（ ）
現在患者さんのお困りの症状は何ですか？ ☐ 痛み ☐ だるさ ☐ 吐き気、嘔吐 ☐ 便秘 ☐ 下痢 ☐ 食欲がない ☐ お腹の張り ☐ 息切れ（息苦しさ） ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 発熱 ☐ ねむけ ☐ 眠れない ☐ その他（ ）	
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？ 病名（ ） 病状について（ ）	
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？ ☐ 患者さんと同じ説明を受けた ☐ 患者さんとは別に説明を受けた 病名（ ） 病状について（ ）	
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？ （ ）	
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？ ☐ 自宅 ☐ 一般病棟 ☐ 緩和ケア病棟 ☐ その他（ ）	
今後の治療の希望について ☐ 病気を治すためにできる限りの治療をしてほしい ☐ つらい症状をとってほしい ☐ 精神的な援助をしてほしい ☐ 何もしてほしくない ☐ その他（ ）	
家族構成 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 --- 妻○才]) --- B[]; B --- C[長男○才]; B --- D[長女○才];</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

緩和ケア病棟に**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

（ ） 4人部屋（差額ベッド代なし）

（ ） 2人部屋（差額ベッド代なし）

（ ） 個室：段差なしトイレ・洗面台付（8,640円/日、5,400円/日 税込み）

（ ） 個室：段差付トイレ・浴室・洗面台付（5,400円/日 税込み）

（ ） 個室：洗面台付（3,240円/日 税込み）

（ ） どこでもよい

※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。

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 2015年5月改訂