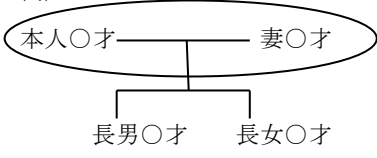


緩和ケア外来受診を希望される患者さんへ 外来問診票

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	様
現在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？ []	
今後の病状説明や治療に関するご希望を東札幌病院では全員の方におうかがいしています （記入できる範囲で構いません） 1) 病名を知りたいですか？ ☐ すべて知りたい ☐ 場合によっては知りたい ☐ 知りたくない 2) 病気の状態について知りたいですか？ ☐ すべて知りたい ☐ 場合によっては知りたい ☐ 知りたくない 3) 病名や病気の状態はご家族にもお伝えしてよろしいですか？ ☐ 問題ない ☐ 場合によっては伝えてもよい ☐ ある特定の人だけ伝えないでほしい 4) 延命処置（人工呼吸器の使用・心肺蘇生術など）についてどのようにお考えですか？ ☐ 積極的に行ってほしい ☐ 場合によっては希望する ☐ 希望しない	
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) 	

裏面もご記入ください

薬剤・食物・アルコールなどのアレルギーはありますか？ ☐はい ☐いいえ (内容：)
身体の中に埋め込まれているものはありますか？ ☐はい ☐いいえ ☐皮下埋め込み型ポート ☐心臓ペースメーカー ☐その他 ()
今後の療養の場としてどこで過ごしたいですか？ ☐自宅 ☐一般病棟 ☐緩和ケア病棟 ☐その他 ()
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 ☐症状 (痛みや呼吸困難など) が増悪したとき ☐歩行が困難になったとき ☐食事量が減ったとき ☐その他 ()
緩和ケア病棟の入院について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 月改定