

緩和ケアを希望される患者様へ（1）

氏名 性別（男・女） 年齢（ 歳） 生年月日 年 月 日
 住所 〒 電話番号：
 携帯番号（必ず連絡のとれる番号）：
 職業(現在または過去) 同居人(有、無) 信仰（ ）

以下の質問で□のついているところは、該当するところ全部にレをつけてください。(複数回答可)

1. 現在最も苦痛なことは何ですか。

- 痛み 息苦しい 咳 おなかがはる だるい 食べられない
はきけ はくこと むくみ ひとりで動けない 眠れない 便がでない
不安が強い気持ちが落ち込む その他（ ）

2. 病名、今の状態、今後の方針について、どのような説明を受けていますか。

誰から：医師 家族 その他

どのように：

3. 主治医から緩和ケアについてどのような説明を受けていますか

4. 緩和ケアを希望する理由は何ですか。

- 苦痛な症状を緩和してほしい。
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。
特に理由はなく、困った時に入院できればよい。
 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（具体的に ）

5. いつか迎える最期のときに人工呼吸や心臓マッサージは控えたいと思います。

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： ）

（注：基本的に緩和ケア病棟では延命処置、蘇生処置は行っていません）

6. 病気のことで心配なこと、医師・看護師から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。
緩和ケアではどのような治療を行うのか。

自分でやっている治療（民間療法、健康食品など）をつづけることができるかどうか。

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。

最も助けになる人についてお伺いします

氏名 患者様との関係（ ）

住所 〒 電話番号：

携帯番号（必ず連絡のとれる番号）

最初に話してほしい人に◎をつけてください複数回答可

本人（自分）

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： 本人との関係 ）

8. 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。（ ）

経済的なこと。（ ）

その他（ ）

9. 今後の療養の場所としてどこで過ごしたいとお考えですか。

自宅

当院

自宅近くの病院、またはその他の施設

その他（ ）

10. ご家族の状況をお伺いします。

一人暮らし

同居家族（ 配偶者 親 子供 孫 ）

記入年月日 年 月 日

署名

代理人

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担当職員にお尋ねください。

ご本人に代わって代理の方が記入された場合は、代理人のところに署名してください。

*この欄は病院が使用します。患者様は記入しないでください。

登録年月日 年 月 日

1. 即入院 2. 入院、転棟待ち 3. 外来通院