

緩和ケア病棟入院相談-予診票(患者さん・ご家族用)

以下の情報をご記入ください。該当するところには□にしをおつけください。

患者さん、ご家族で話し合った上で、ご記入いただくようお願いいたします。

患者氏名	ふりがな	生年月日 年 月 日 _____歳 男 女
住所	〒	職業(元)
TEL		
現在の療養場所	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 訪問診療() <input type="checkbox"/> 訪問看護()	
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請済 (要介護____・要支援____)	
家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族 (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 他) <input type="checkbox"/> 別居家族 (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子供)	
相談者氏名	ふりがな	
	(関係:) (職業:) (歳)	
住所	〒	
TEL	昼間:	夜間:

1. 今後について教えてください。

- 現在の病院に通院する
現在入院している病院で、緩和ケア病棟への転院(転棟)を待つ
退院して自宅で過ごす
訪問診療や訪問看護を導入する
できる限り入院せず、自宅で過ごしたい
将来、自宅での生活が困難となったら入院したい
できる限り早く緩和ケア病棟へ入院したい
緩和ケア病棟で、苦痛を緩和できたら自宅へ戻りたい
他(具体的にお書きください))

2. 現在、苦痛なこと、困っていることはなんですか。(なんでも)

- 痛み 息苦しい 咳 だるい 食べられない 吐き気・吐く
お腹が張る 便秘 むくみ しびれ 一人で歩けない
眠れない 不安が強い 気持ちが落ち込む
認知症の傾向: ない ややある ある
他()

<p>3. ご本人は、病名、今の病状、今後の方針について、どのような説明をうけていますか。</p> <p>誰から: <input type="checkbox"/>医師 <input type="checkbox"/>家族 <input type="checkbox"/>他()</p> <p>どのように:</p>
<p>4. 今後、病気のことなどの説明を受けるのはどなたを希望されますか。</p> <p><input type="checkbox"/>ご本人と家族 <input type="checkbox"/>ご本人のみ <input type="checkbox"/>他()</p> <p>(氏名:) (関係:)</p>
<p>5. 意思決定をゆだねられる方、療養にあたって中心となる方はどなたですか。</p> <p>(氏名:) (関係:)</p>
<p>6. 緩和ケア病棟への入院を希望される理由をなるべく詳しく教えてください。</p>
<p>7. 緩和ケア病棟の理解について伺います。</p> <p>病気に対する積極的治療(抗がん剤)は行わないこと、人工呼吸器や心臓マッサージは、控えたいと思いますが、ご同意いただけますか。</p> <p><input type="checkbox"/>同意する</p> <p><input type="checkbox"/>同意はできない</p> <p>(希望する理由:)</p>
<p>8. 病室の希望について伺います。</p> <p><input type="checkbox"/>できるだけ早く入院できるなら、どの病室でもよい</p> <p><input type="checkbox"/>個室(有料)を希望する</p> <p><input type="checkbox"/>2床室(無料)を希望する</p>
<p>9. その他、入院に際しての希望、心配事、質問などありましたらご記入ください。</p>

記入年月日 年 月 日

記載者氏名 _____

ご本人との関係 ()