

★緩和ケア病棟へ入室を希望される患者さまへ★ 様式2

穏やかに安心して入院生活を過ごしていただくために、ご協力をお願いいたします

記入日(年 月 日)

* 患者さまが直接記入できない場合はこちらの用紙は記入不要です

氏名	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳	
現住所			電話番号	
これまでにかかっていた医療機関と主治医名			現在	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 自宅
ご家族の氏名			ご関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他()
ご家族の現住所			電話番号	
病気についてどのように説明を受けられていますか？ (病名や病状などできるだけ具体的にお書きください)				
病名： 今の病状や今後の治療について：				
あなた自身、今病気はどのような状態にあると思われますか？				
緩和ケア病棟での療養を希望される理由と、望むことはどんなことですか？(複数選択可)				
<input type="checkbox"/> つらい症状があるため <input type="checkbox"/> つらい治療や検査を受けたくない <input type="checkbox"/> 静かに過ごしたい <input type="checkbox"/> 家で療養するのは困難・心配がある <input type="checkbox"/> 家族に負担をかけたくない <input type="checkbox"/> 今の病院に長くいられない <input type="checkbox"/> 医師や看護師・家族からのすすめ <input type="checkbox"/> 身体的なつらい症状を治療してほしい <input type="checkbox"/> 民間療法をしたい <input type="checkbox"/> 気持ちのつらさを癒やしてほしい <input type="checkbox"/> 何もしてほしくない <input type="checkbox"/> その他(自由にお書きください)				

裏面もあります

