

★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

今、つらいことはどんなことですか？(複数選択可)

- 痛み(痛みのある場所:) 息苦しさ 咳が出る
吐き気やおう吐 おなかの張り 便秘または下痢 食欲がない 発熱
だるさ かゆみ 眠れない 経済的なこと 家族のこと
不安(どのようなことが:)
その他(自由にお書きください)

入院にあたり、ご心配なことはありますか？(複数選択可)

- 家から遠くなる 家族のこと 新しい環境に慣れるか不安 お金のこと
仕事のこと 学校のこと 特になし
その他(自由にお書きください)

お食事が食べられなくなったとき、点滴治療を希望されますか？(あとで変更できます)

- 希望する 希望しない

症状が落ちついたら、ご自宅での療養を希望されますか？

- 希望する 希望しない (病状に応じて退院や転院をご提案させていただくことがあります)

在宅療養について相談員との面談を希望されますか？

- 希望する 希望しない

療養中に続けたい趣味などあれば教えてください(自由にご記入ください)

その他、ご要望などあればご自由にお書きください