

◆緩和ケア病棟へ入室を希望されるご家族さまへ◆

様式 3

穏やかに安心して入院生活を過ごしていただくために、ご協力お願いいたします

記入日(年 月 日)

| | | | | |
|---|-----|------|------------------------|---|
| 患者さまの氏名 | 男・女 | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳 | |
| 患者さまの現住所 | | | 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 | |
| 病気について医師から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書いてください) | | | | |
| 病名： 今の病状や今後の治療について： | | | | |
| 患者さまご本人は、病気についてどのように理解されていると思われますか？ | | | | |
| | | | | |
| 患者さまがつらいと感じられていることはどんなことですか？(複数選択可) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 痛み(痛みのある場所：) <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 吐き気やおう吐 <input type="checkbox"/> おなかの張り <input type="checkbox"/> 便秘または下痢 <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 不安(どのようなことが：) <input type="checkbox"/> わからない(入院中でしばらく会っていないなどの理由で) <input type="checkbox"/> その他(自由にお書きください) | | | | |
| 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"/> 本人が希望しているから <input type="checkbox"/> 医師や看護師のすすめ <input type="checkbox"/> 今の病院に長くられない <input type="checkbox"/> 家での介護は心配 <input type="checkbox"/> 穏やかな環境で過ごして欲しい <input type="checkbox"/> 面会ができる <input type="checkbox"/> 痛みや身体のきつさを癒やして欲しい <input type="checkbox"/> 気持ちのつらさを癒やして欲しい <input type="checkbox"/> 家族でゆっくり過ごす時間がほしい <input type="checkbox"/> 民間療法がしたい <input type="checkbox"/> なにもしてほしくない <input type="checkbox"/> その他(自由にお書きください) | | | | |

裏面もあります

| |
|---|
| 入院にあたり、ご心配なことはありますか？（複数選択可） |
| <input type="checkbox"/> 家から遠くなる <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 新しい環境に慣れるか不安 <input type="checkbox"/> お金のこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 学校のこと <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他（自由にお書きください） |
| お聞きになりたいことはありますか？（複数回答可） |
| <input type="checkbox"/> 今の病状について <input type="checkbox"/> 今後の見通しについて <input type="checkbox"/> 外出や外泊ができるのか <input type="checkbox"/> 入院費のこと <input type="checkbox"/> ペットと面会もできるのか <input type="checkbox"/> 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） |
| <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 症状が落ちついたら、自宅での療養を希望されますか？ |
| <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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？ |
| <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 患者さまが好きなことや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 |
| |

ご記入ありがとうございました

下関市立市民病院 緩和ケア病棟