

## 緩和ケア病棟への入院を希望される患者様のご家族へ

緩和ケア外来受診にあたり、患者様とそのご家族の状態をできるだけ詳しく把握し、緩和医療の緊急性および必要性について適切に判断させていただくことを目的にして、事前に下記の情報についてご記入いただきたく、お願い申し上げます。

なお、記入は自由意志です。どうぞよろしくお願ひいたします。

記入した日付：平成 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 様

患者様ご本人とのご関係（ ）

以下の質問で□欄の該当するすべてに√印をつけてください。

### 1. 患者様の病気について、お尋ねします。

① 今、患者様がつらいと思われる症状はなんですか？

- |                                   |                                 |                                 |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛い       | <input type="checkbox"/> 息苦しい   | <input type="checkbox"/> 咳がでる   | <input type="checkbox"/> おなかがはる |
| <input type="checkbox"/> だるい      | <input type="checkbox"/> 食べられない | <input type="checkbox"/> むくみがある | <input type="checkbox"/> はきけがある |
| <input type="checkbox"/> ひとりで動けない | <input type="checkbox"/> 不安が強い  | <input type="checkbox"/> 眠れない   |                                 |
| <input type="checkbox"/> その他；具体的に |                                 |                                 |                                 |

② 患者様の病気について、誰からどのように聞いていますか？

どなたから？ : 医師 その他(具体的に )

いつ頃？

病名をどのように？:

病状をどのように？:

③ あなた自身は患者様の病気についてどのように思っていますか？

### 2. 患者様の生活について、お尋ねします。該当するすべてに√印をつけてください。

① 患者様は、1日をどのようにお過ごしですか？

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 100%起きている(立ったり歩いたり座ったり) | <input type="checkbox"/> ほとんど起きている    |
| <input type="checkbox"/> ほとんど坐っているか横たわっている       |                                       |
| <input type="checkbox"/> ほとんど布団で横になっている          | <input type="checkbox"/> 常に布団で横になっている |

② 患者様の日常生活動作は、どのような状態ですか？

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 自分で何でもできる | <input type="checkbox"/> 時に介助が必要  |
| <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要 | <input type="checkbox"/> ほとんど介助が必要 <input type="checkbox"/> 全てにおいて介助が必要 |

③ 患者様の食事の状況は、どのようですか？

- |                                   |                                   |   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 以前と変わらない | <input type="checkbox"/> 以前よりやや減少 | <input type="checkbox"/> 減少しているが数口よりは多い |
| <input type="checkbox"/> 数口以下     | <input type="checkbox"/> 全く食べられない | <input type="checkbox"/> 全く飲み物も摂れない     |

### 3. 「緩和ケア」について、お尋ねします。該当するすべてに√印をつけてください。

① 緩和ケア外来受診のきっかけは？

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 主治医に薦められた       | <input type="checkbox"/> 他の医療者に薦められた(誰から: ) |
| <input type="checkbox"/> あなた自身が以前から考えていた | <input type="checkbox"/> ご本人が以前から考えていた      |
| <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )     |   |

- ② 「緩和ケア病棟」について、どなたから、どのような説明を受けていますか？  
また、どのようなイメージをもっていますか？  
どなたから？ : 医師 その他(具体的に )  
どのように?:

イメージは?:

- ③ 当院の緩和ケア病棟を希望された理由は何ですか？また、きっかけは何ですか？  
本人が緩和ケアを受けることを希望している  
痛みなどの苦痛をとってほしい 精神的な援助をしてほしい  
これ以上苦痛をともなう治療はしたくない  
今入院している病院に引続き入院できなくなった  
自宅での家族の介護が無理になった  
自宅に近い病院だから インターネットで調べた  
雑誌・新聞などでみたから  
その他; (具体的に )

- ④ 緩和ケア病棟での医療に対して、どのようなことを希望されますか。

- ⑤ 症状がある程度コントロールできたら、やりたいと思っていることがありますか。

- ③ できるだけ退院して、自宅療養をさせたいとお考えですか？ はい いいえ

4. 自宅での介護状況について、お尋ねします。該当する全てに✓印をつけてください。  
ホームヘルパーや訪問看護、往診医などを受けていますか？ はい いいえ  
「はい」と答えた方は、次の質問にお答えください。

派遣機関名

ホームヘルパー: 回/週

訪問看護 ・ 回/週

往診医: (医院名・医師名 )

5. 何か気がかりなこと(経済的なことも含めて)がありますか。差し支えなければお教えてください。

ご記入ありがとうございました。

記載いただいた情報をもとに、より良い医療が提供できるよう努力して参ります。  
なお、この情報は、当院での医療提供以外に使用することはありません。