

緩和ケアを希望される患者様へ (1)

氏名 _____ 性別 (男 ・ 女) _____ 年齢 (_____ 歳) _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所 〒 _____

連絡先 必ず連絡がとれる番号

電話番号:

携帯番号:

職業 現在または過去:

同居(_____)人、続柄(_____) 信仰:

病気の療養で最も助けになる方はいますか。

氏名 _____ 患者様との関係:

住所 〒 _____

連絡先 必ず連絡がとれる番号

電話番号:

携帯番号:

以下の質問で のついているところは、該当するところ全部に をつけてください。(複数回答可)

1.現在、最も苦痛なことは何ですか。

| | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> お腹が張る | <input type="checkbox"/> だるい |
| <input type="checkbox"/> 食べられない | <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 吐くこと | <input type="checkbox"/> むくみ | <input type="checkbox"/> ひとりで動けない |
| <input type="checkbox"/> 眠れない | <input type="checkbox"/> 便が出ない | <input type="checkbox"/> 不安が強い | <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込む | |
| <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | | |

2.病気についてどのように受け止めていますか。

病名:

誰から: _____ 医師 _____ 家族 _____ その他(_____)

病気の進行程度:

3.緩和ケアを希望する理由は何ですか。

苦痛な症状を緩和してほしい。

苦痛な治療はしてほしくない。

医師に進められたから。

病気を知った時から、緩和ケアを受けようと決めていた。

特に理由はなく、困ったときに入院できればよい。

介護してくれる人がいないため。

家族に迷惑をかけたくない。

病気のことが不安でしかたがないから。

その他(具体的に _____)

4.病気のことで心配なこと、医師・看護師から聞きたいことはありますか。

現在の病状について、説明を受けたい。

今後の見通しについて聞きたい。

生活する上で注意すること、制限されることなどについて知りたい。

今の苦痛が取れるかどうか。

緩和ケアではどのような治療を行うのか。

自分でやっている治療などを続けることができるかどうか。

その他(具体的に

)

5.病状については、どなたにお話すればよろしいですか。

最初に話してほしいひとには をつけてください。

本人(自分)

配偶者

親(父親・母親)

兄弟・姉妹 (氏名:)

子ども (氏名:)

子どもの配偶者 (氏名:)

友人 (氏名:)

その他 (氏名: 本人との関係)

6.病気以外のことで心配なこと、また、気にかかることはありますか。

仕事のこと ()

家庭のこと ()

経済的なこと ()

その他 ()

記入年月日 年 月 日

署名

代理人 本人との関係:)

御本人に代わって代理の方が記入された場合は、代理人欄に署名してください。

ご記入ありがとうございました。ご質問があれば、遠慮なく担当職員にお尋ねください。

この欄は病院が使用しますので、患者様は記入しないでください。

登録年月日 年 月 日

1 即入院 2 入院・転棟待ち 3 外来通院

緩和ケアを希望されるご家族の方へ (2)

患者氏名

記入者氏名 性別 (男・女) 年齢 (歳) 患者との関係 ()

住 所 〒

連絡先 必ず連絡がとれる番号

電話番号:

携帯番号:

記入者の職業:

以下の質問で のついているところは、該当するものすべてにチェックをつけてください。

1.患者さまは現在

1) 入院中

当院

他の病院

医療機関名:

電話番号:

住 所 〒

主治医:

2) 自宅

当院に通院中

他院に通院中 (医療機関名:)

今はかかっていないが、時々かかる病院 (医療機関名:)

2.ご家族が緩和ケアを希望される理由は何ですか。

苦痛な症状を緩和してほしい。

苦痛な治療を受けさせたくない。

医師から進められたから。

患者が緩和ケアを希望している。

困ったときに入院できればよい。

介護する人がいないので、入院させたい。

その他 (具体的に)

3.病気についてどのように説明を受けていますか。

病 名:

誰から: 医師 患者 その他 ()

病気の進行程度:

4.病気のことで心配なこと、医師・看護師から聞きたいことはありますか。

現在の病状について

今後の見通しや予測されることについて

生活する上で注意すること、制限されることなどについて

今の苦痛が取れるかどうかについて

緩和ケアではどのような治療を行うのかについて

自分でやっている治療などを続けることができるかどうか。

その他(具体的に

)

5.自宅での介護についてご記入ください。

1) 患者様を看護されている方はどなたですか。(間柄もご記入ください。)

2) 介護保険の認定を受けていますか。

はい

要支援

要介護 1・2・3・4・5

2) 現在、訪問看護、ホームヘルパーなどのサービスを受けていますか。

はい

派遣機関:

訪問看護: 回/週

ホームヘルパー 回/週 時間/回

訪問診察

いいえ

記入年月日 年 月 日

署名

ご記入ありがとうございました。ご質問があれば、遠慮なく担当職員にお尋ねください。

緩和ケアを紹介される医師の方へ (3)

患者氏名:

1.患者さまは緩和ケアへの紹介を知らされていますか。

はい

いいえ

2.緩和ケアを紹介される理由は何ですか。(複数回答可)

治療の効果が期待できなくなったため。

患者本人が希望するため。

家族が希望するため。

症状のコントロールのため。

終末期の看取りのため。

その他(

)

3.患者様の病識と予後について

1) 患者様に病気についてどのように説明していますか。

病名:

病状(予後も含めて):

2) ご家族にどのように説明していますか。

病名:

病状(予後も含めて):

4.現在の処方内容についてお知らせください。

医療機関名

医師名

住所 〒

電話番号:

ご記入ありがとうございました。主な検査データ、画像フィルム等をお貸しいただければ幸いです。