

緩和専門外来初診時予診票

緩和専門外来を受診される患者さま・ご家族へ

氏名 _____ 性別 (男 ・ 女) _____ 年齢 (_____ 歳) _____

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レをつけて下さい (複数回答可)

1. 現在最も苦痛なことは何ですか？

- 痛み 息苦しい 咳 おなかがはる だるい 食べられない
 はきけ はくこと むくみ ひとりで動けない 眠れない 便がでない
 不安が強い 気持ちが落ち込む
 その他 (_____)

2. 病名、今の状態、今後の方針について、どのような説明を受けていますか。

誰から： 医師 家族 その他

どのように： _____

3. 主治医から緩和ケアについてどのような説明を受けていますか

4. 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
 苦痛な治療はしたくない
 病気を知った時から、緩和ケアを受けようと決めていた
 家族に迷惑をかけたくない
 医師に勧められたから
 介護する人がいないため
 病気のことが不安で仕方がないから
 その他 (具体的に： _____)

5. いつか迎える最期の時に人工呼吸器や心臓マッサージは控えたいと思います。

ご同意いただけますか。

- 同意する 同意できない (希望する対応： _____)

注：基本的に緩和専門外来の対象患者さまに関しては延命措置、蘇生処置はお勧めしていません。

6. 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聞きたい
- 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、制限されることについて聞きたい
- 今の苦痛がとれるかどうか
- 緩和ケアではどのような治療を行うのか
- その他 ()

7. 病状について、どなたにお話しすれば宜しいですか

氏名 () 患者様との関係 ()

住所〒

電話番号：

携帯番号（必ず連絡のとれる番号）：

8. 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

9. 今後の療養場所としてどこで過ごしたいとお考えですか

- 自宅
- 当院
- 自宅近くの病院、またはその他の施設
- ホスピス病棟・緩和ケア病棟
- その他 ()

10. ご家族の状況をお伺いします

- 一人暮らし
- 同居家族 (配偶者 親 子供 孫)
- 別居家族 (配偶者 親 子供 孫)

記入年月日 年 月 日

署名：

代理人： (続柄)

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下さい。

確認看護師氏名： _____