＜緩和ケアスクリーニングシート＞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

患者 ID　　氏名　　性別　　年齢

1．　現在最も苦痛なことは何ですか？
　　ここ数日の症状の程度で当てはまる数字に〇をつけてください。

	症状なし	症状はあるが対応は不要	ひどい症状ではないが対応してほしい	がまんできないことが時々あり対応してほしい	がまんできない強い症状が続いている
痛み	0	1	2	3	4
息苦しさ	0	1	2	3	4
はきけ	0	1	2	3	4
食欲不振	0	1	2	3	4
だるさ（疲れやすい）	0	1	2	3	4
便秘	0	1	2	3	4
下痢	0	1	2	3	4
不眠	0	1	2	3	4
気持ちのつらさ	0	1	2	3	4
その他（　　）	0	1	2	3	4

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．自分の意思表示が難しくなった場合、どなたに（家族等）意思決定を任せたいですか。

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

□施設

□病院（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　□その他）

□別居家族（□配偶者　□親　□子供　□孫　□その他）

１1．介護保険の状況をお伺いします。

□無

□有　介護度（　　）

ケアマネージャー（所属　　氏名　　電話番号　　）

１2．利用している社会サービスはありますか

□訪問診療　（　　）

□訪問看護　（　　）

□デイサービス

□その他

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：