

緩和ケア病棟初診外来 問診票

記載日: 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日	
患者氏名			男・女	年 月 日	歳
住所	〒				
自宅電話			携帯番号		

主な 連絡先①	ふりがな		続柄	連絡先	
	氏名			自宅番号	
	住所	〒		携帯番号	
主な 連絡先②	ふりがな		続柄	連絡先	
	氏名			自宅番号	
	住所	〒		携帯番号	

[illegible]

緩和ケア病棟初診 外来受診目的	☐ ご本人の希望 ☐ ご家族の希望 ☐ 医師のすすめ ☐ その他()
緩和ケア病棟への 入院のタイミング	☐ 転院 ☐ 今すぐ入院 ☐ 必要時入院(つらさが強くなった時、介護が難しくなった場合など)

病状や病気について、医師から説明を受けていますか？

ご本人	☐ はい ☐ いいえ 内容：	ご家族	☐ はい ☐ いいえ 内容：
-----	---	-----	---

緩和ケア病棟では、延命処置や蘇生処置（心臓マッサージや気管内挿管など）は行わずが
 がんの自然経過で見守る立場をとらせて頂きます。同意いただけますか？

ご本人 ☐ 同意する ☐ 同意しない ご家族 ☐ 同意する ☐ 同意しない

現在、からだや気持ちのつらさで感じていることや困っていること(複数回答可)

☐ 痛み(部位:)	☐ だるさ				
☐ 息苦しさ	☐ 咳	☐ 発熱			
☐ 食べられない	☐ 嘔気・嘔吐	☐ お腹がはる	☐ 便秘	☐ 下痢	☐ むくみ
☐ 眠れない	☐ 眠気がある	☐ 皮膚のしこり/がんによる傷(部位:)			
☐ 不安	☐ 焦り	☐ 気分が落ち込む	☐ いらだち		
☐ 人に会うことがつらい	☐ 人の世話を受けることがつらい				
☐ 自分を責めてしまう					
☐ その他()					
☐ つらさはない					

からだのこと以外で心配なこと、気がかりなこと

☐ ご家族のこと()
☐ お仕事のこと()
☐ 経済的なこと()
☐ その他()

病室のご希望について(第3希望までご記入ください)

病室区分	室料(税抜) 一日につき	特徴
個室 B	16,500 円	トイレ・シャワー・応接セット・テレビ(テレビカード不要) 冷凍冷蔵庫 希望により室内での付きそい・24 時間の面会可(届け出必要)
二人部屋 C	12,000 円	トイレ共有・椅子・テーブル・テレビ(テレビカード不要) 冷凍冷蔵庫 面会は病院の面会時間に準ずる・付きそい希望時は家族室利用(有料・届け出必要・予約制)
4 床室	なし	トイレ共有・椅子・テーブル・テレビ(テレビカード必要) 冷凍冷蔵庫(テレビカード必要) 面会は病院の面会時間に準ずる・付きそい希望時は家族室利用(有料・届け出必要・予約制)

緩和ケア病棟への入院判定会議終了後、結果を郵送致します。
郵送先をお聞かせ下さい。