

緩和ケア病棟 入院申込書 (患者・家族用)

記入日: 令和 年 月 日		記載者: (続柄:)					
フリガナ	性別	生年月日	年齢				
患者氏名	男・女	T・S・H 年 月 日	歳				
患者住所	〒()		電話番号				
			自宅 携帯				
家族 情報	関係	氏名	年齢				
	配偶者	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚					
		<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別			生活状況		
	続柄詳細	↓ 亡くなられている場合は斜線		就労・無職・自宅介護・施設入所			
	親	父				就労・無職・自宅介護・施設入所	
		母			就労・無職・自宅介護・施設入所		
	子・孫・ 兄弟姉妹・ その他					就労・通学・無職・その他	
					就労・通学・無職・その他		
							就労・通学・無職・その他
			就労・通学・無職・その他				
				就労・通学・無職・その他			
					就労・通学・無職・その他		
						就労・通学・無職・その他	
キーパーソン氏名	続柄	キーパーソン以外の連絡順	その他家族の情報で知っておいた方が良いこと				
連絡先		② 氏名	記入欄不足の場合もこちら↑↑にご記入ください				
自宅		連絡先					
携帯		③ 氏名					
		連絡先					

御家族様へ 患者様のご病気についてお答えください

◆患者様の病名について教えてください	()
◆診断されたのはいつごろですか	()
◆今まで受けられた治療について教えてください	<input type="checkbox"/> に✓をお願いします
<input type="checkbox"/> 治療は受けていない	
<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 (<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点滴) <input type="checkbox"/> 放射線治療	
<input type="checkbox"/> 民間療法(内容:) <input type="checkbox"/> その他:	
◆患者様はご自身の病気について知っていらっしゃいますか	
<input type="checkbox"/> すべて知っている <input type="checkbox"/> 概ね知っている ()	
<input type="checkbox"/> 病名は知っているが詳しいことは知らない	理由を教えてください
<input type="checkbox"/> 知らない	⇒
◆医師からご病気・ご病状、余命についてどのように聞いていらっしゃいますか	
◆ご家族として緩和ケア病棟への入院についてのお考えをお聞かせください	
<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 希望していない <input type="checkbox"/> 悩んでいる	

※以下より できるだけご本人にご記入いただくか、ご本人のご意見を代筆してください

患者様にお伺いします

◆ご自身の病名について教えてください：

◆診断されたのはいつごろですか：

◆今まで受けられた治療について教えてください に✓をお願いします

治療は受けていない

手術 抗がん剤 (内服 点滴) 放射線治療

民間療法(内容:) その他:

わからない・覚えていない

◆医師からご病気・ご病状、今後についてどのように聞いていらっしゃいますか

◆緩和ケア病棟への入院についてのお考えをお聞かせください

希望している 希望していない 悩んでいる

◆現在の状態についてお答えください

◇当院の緩和ケア病棟を希望された理由を教えてください。 複数回答可

苦痛な症状を和らげて欲しい

苦痛を伴う治療はしたくない

人にすすめられた(主治医 看護師 家族 病院の相談員 その他:)

現在入院している病院にはこれ以上入院できないと言われたから

自宅での生活が難しい(理由:)

家族に迷惑を掛けたくないから

自宅で療養する準備のため

その他(具体的に:)

◇現在のつらい症状は何ですか。 複数回答可

痛み 部位:

体がだるい しびれ 発熱

食欲がない ご飯が食べられない 味覚障害 口内炎

嘔気・嘔吐 お腹が張る 便秘 下痢

息苦しさ 咳・痰 むくみ 掻痒感(かゆみ)

不安 不眠 落ち込み 眠気

その他()

