

ID: [] 記入日: / /

緩和ケア外来に関する質問票

ご不明な部分の記入は必要ありません。

氏名（ご本人）・ふりがな 様		生年月日 昭・平 年 月 日		年齢 歳	
記載者	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族[] <input type="checkbox"/> その他[]				
連絡先（フルネーム・ふりがな）				※ <u>連絡先は必ず2名以上はご記入下さい</u>	
①氏名 []		続柄 []		電話番号 [] []	
②氏名 []		続柄 []		電話番号 [] []	
③氏名 []		続柄 []		電話番号 [] []	

ご家族について教えて下さい

続柄	性別	年齢	同居の有無・病院までの到着時間（市町村）
パートナー	男・女	歳	同居 ・ 別居 (お住まいの市区町村:)
父	—	歳	同居 ・ 別居 (お住まいの市区町村:)
母	—	歳	同居 ・ 別居 (お住まいの市区町村:)
子ども	男・女	歳	同居・別居 (お住まいの市区町村:)
	男・女	歳	同居 ・ 別居 (お住まいの市区町村:)
	男・女	歳	同居 ・ 別居 (お住まいの市区町村:)
兄弟姉妹	男・女	歳	同居 ・ 別居 (お住まいの市区町村:)

	男・女	歳	同居 ・ 別居 (お住まいの市区町村:)
その他	男・女	歳	同居 ・ 別居 (お住まいの市区町村:)

1. ご本人の様子について教えてください

<p>日中の活動について</p> <p><input type="checkbox"/> 家(病院)から外に出かける <input type="checkbox"/> 屋内は歩いて移動 <input type="checkbox"/> 一日中ベッドで過ごされている</p>
<p>移動の手段</p> <p><input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器/シルバーカート <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー</p>
<p>食事について(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> むせることが多い <input type="checkbox"/> とろみ剤を使用している</p> <p><input type="checkbox"/> 栄養補助食品(エンシュアリキッド・メイバランス等)を食べている</p> <p><input type="checkbox"/> 好き嫌いがある <input type="checkbox"/> 摂取量が少ない <input type="checkbox"/> 水分のみ摂取している</p> <p><input type="checkbox"/> 食物アレルギーがある []</p> <p><input type="checkbox"/> 口から食べられない <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう/経鼻チューブ</p>
<p>日中の覚醒について</p> <p><input type="checkbox"/> 起きている <input type="checkbox"/> 寝ていることが多い</p>
<p>睡眠について</p> <p><input type="checkbox"/> 夜は眠れている <input type="checkbox"/> 夜眠れていない <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤を服用している</p> <p><input type="checkbox"/> 途中で起きることがある</p> <p>[理由:]</p>
<p>排泄について</p> <p><input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ使用している</p> <p><input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> その他 []</p> <p><input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下剤を使用している <input type="checkbox"/> 下痢</p>
<p>会話について</p> <p><input type="checkbox"/> 問題なく成立 <input type="checkbox"/> 話せるが長続きしない <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい</p> <p><input type="checkbox"/> 辻褄の合わないことがある <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 筆談</p>
<p>嗜好品について</p> <p>喫煙について <input type="checkbox"/> あり <u>1日の本数</u> <u>本/日</u> <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 過去に喫煙歴あり</p> <p>飲酒について <input type="checkbox"/> あり _____</p> <p>例) 2~3回/週 ビール</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去に飲酒歴あり</p>
<p>介護保険の申請はされていますか?</p>

- ① 苦痛な症状を緩和してほしい ② 家族に迷惑をかけたくない ③ 医師に勧められた
 ④ 精神的な援助をしてほしい ⑤ 自宅から近い ⑥ 病気のことが不安で仕方ない
 ⑦ 苦痛な治療はしたくない ⑧ 家族と一緒に過ごしたい
 ⑨ 将来、自宅での生活が困難になったら入院したい
 ⑩ 今、入院している病院に引き続き入院できなくなったから
 ⑪ 病気を知った時から緩和ケア病棟に入ろうと決めていた
 ⑫ 苦痛がとれば自宅に帰って生活したい ⑬ 可能な範囲で入院を継続したい
 ⑭ その他 []

3. 普段のご本人の様子や大切にされていることを教えてください

患者さんご本人はどのような性格ですか？

- 穏やか 頑固 マイペース 我慢強い 短気 おおらか
 サバサバしている 心配性 几帳面 ポジティブ ネガティブ 社交的
 一人を好む 優しい 素直 気まぐれ 真面目
 その他 []

ご職業を教えてください。(退職後や休職中の場合もご記入下さい)

大切にしていること、楽しみにしていることはありますか？(趣味・習慣・記念日・行事など)

例) もう少ししたら誕生日なので祝ってあげたい、

信仰されている宗教がありますか？

- ある [] ない

病気以外のことで心配なこと、気がかりなことはありますか？

- 家族のこと
 []
 お仕事のこと
 []
 経済的なこと
 []
 その他
 []
 特になし

緩和ケア病棟で希望すること、入院に際しての希望は何かありますか？

ご本人

ID: [] 記入日: / /

[]
ご家族
[]
例) 好きな歌手の音楽を流してあげてほしい、TVを必ず付けてほしい
病気以外で心配・気がかりなことはありますか？
緩和ケア外来受診時に病棟の見学を希望されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

ご協力ありがとうございました。