

【患者様・ご家族用】

済生会神奈川県病院 緩和ケア病棟面談 質問用紙

記入日 ； 年 月 日

記入に参加した方；ご本人・ご家族（ご本人との関係 ）

ふりがな	年齢	性別	生年月日
患者氏名	歳	M T S H	年 月 日
キーパーソン(介護の中心的役割をされている方)		ご本人との関係	連絡先(Tel)
患者様と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別世帯			
ご病気について、主治医からどのような説明を受けていますか？ 病名 病状			
現在のつらい症状について、あてはまるものがあればチェックをしてください。 <u>お身体のこと；</u> <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> おなかが張る <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 倦怠感(だるさ) <input type="checkbox"/> 夜眠れない <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 内炎 <input type="checkbox"/> その他 { }			
<u>お気持ちのこと；</u> <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 恐怖 <input type="checkbox"/> 落ちこみ <input type="checkbox"/> むなしさ <input type="checkbox"/> 孤独 <input type="checkbox"/> 人に会いたくない <input type="checkbox"/> 焦り <input type="checkbox"/> 混乱 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 病気を受け入れられない <input type="checkbox"/> その他 { }			
緩和ケア病棟を希望される理由をお聞かせください。 <input type="checkbox"/> 苦痛をやわらげてほしい <input type="checkbox"/> 苦痛を伴う治療はしたくない <input type="checkbox"/> 家族や大切な人と過ごしたい <input type="checkbox"/> 1人になりたい <input type="checkbox"/> 静かに過ごしたい <input type="checkbox"/> 不安をやわらげてほしい <input type="checkbox"/> 少しでも食べたい 上記以外にご希望されること、また希望しないことがあればご記入ください。 { }			
症状が和らいで自宅療養が可能となった場合、療養の仕方についてご希望をお聞かせください。 <input type="checkbox"/> 自宅で過ごしたい <input type="checkbox"/> 病院・施設で過ごしたい <input type="checkbox"/> その他 { }			
現在利用している制度やサービスがありますか？ 介護保険； <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請済み；要介護()・要支援() ケアマネジャー； <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 訪問看護； <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり;ステーション名() 訪問診療； <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり;クリニック名() <input type="checkbox"/> 身障者手帳 ()級 <input type="checkbox"/> その他 { }			