

## 緩和ケア科外来受診の方へ

緩和ケア科の治療や今後の方針に必要な事柄についてお伺いします。

ご記入いただいた内容については、個人情報保護を守り、医療上の目的以外には使用しません。

患者さんの氏名:		生年月日:西暦	年	月	日	年齢	歳
面談に来られた方の氏名:						続柄:	
連絡先	①電話番号:	(自宅・携帯) 氏名:			続柄:		
	②電話番号:	(自宅・携帯) 氏名:			続柄:		

1. 緩和ケア科を受診されたきっかけを教えてください。

ご本人の希望 ご家族の希望 医師の勧め 友人・知人の勧め

その他( \_\_\_\_\_ )

2. 現在、つらいと感じていることはどのようなことですか。(複数回答可)

痛み 息苦しさ 咳 お腹が張る だるさ 食べられない

むくみ 眠れない 便秘 下痢 尿が出づらい 吐気・嘔吐

眠気 不安 気分が落ち込む 考えがまとまらない

つらさはない その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. 体のこと以外で気がかりなことはありますか。

ご家族のこと( \_\_\_\_\_ )

お仕事のこと( \_\_\_\_\_ )

経済的なこと( \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

なし

4. 現在のご自分の病状について、どのように説明を聞いていますか。

( \_\_\_\_\_ )

5. 今後の治療方針について、担当医からどのように説明を聞いていますか。

( \_\_\_\_\_ )

6. 緩和ケアについて、どのような説明を聞いていますか。

( \_\_\_\_\_ )

7. 緩和ケアにどのようなことを期待していますか。

( )

8. 緩和ケアに関して質問があればご記入ください。

( )

9. 現在行われている医療・処置について分かる範囲で教えてください。

- 抗癌剤治療( )     代替医療( )  
 胃瘻                       尿道バルーンカテーテル     腎瘻                       CVポート  
 高カロリー輸液               酸素吸入  ストーマ               血糖測定               インスリン注射  
 医療用麻薬の使用               褥瘡の処置     ペースメーカー               輸血  
 その他( )

10. アレルギーについて教えてください。

- ある( )     ない

11. 生活習慣について教えてください。

- 喫煙歴:     なし  あり ( \_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_ 歳まで、1日約 \_\_\_\_ 本)  
 現在の飲酒:  なし  あり ( 1日平均 ビール: \_\_本、酒: \_\_合、ワイン: \_\_杯、ウイスキー: \_\_杯)

12. 介護保険は利用していますか。

- 未申請     申請中     申請済 (  要介護 1・2・3・4・5     要支援 1・2     非該当)  
 更新申請中     介護保険サービスを利用したくない  
 ケアマネジャー (事業者名: \_\_\_\_\_ 担当者: \_\_\_\_\_ )

13. 利用中のサービスはありますか。

- 訪問看護(事業者名: \_\_\_\_\_、週 \_\_\_\_ 回)     訪問介護(週 \_\_\_\_ 回)  
 訪問診療(事業者名: \_\_\_\_\_、週 \_\_\_\_ 回または月 \_\_\_\_ 回)  
 デイサービス(週 \_\_\_\_ 回)     訪問入浴(週 \_\_\_\_ 回)     ショートステイ     宅配食  
 福祉用具 (  車椅子  介護用ベッド  風呂用椅子  ポータブルトイレ  
 住宅改修 (  手すり  スロープ  その他 \_\_\_\_\_ )

14. 身体障害者手帳をお持ちですか。

- いいえ     はい(障害の種類: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_ 級)

15. その他、受けているサポートがあれば教えてください。

( \_\_\_\_\_ )

16. ご職業を教えてください。(退職後や、休職中の場合もお書きください)( \_\_\_\_\_ )

17. 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。

あなたは輸血を受けてもよいですか。  はい  いいえ(理由: \_\_\_\_\_ )

18. 信仰している宗教はありますか。  あり( \_\_\_\_\_ )  なし

19. ご家族について教えてください。

続柄	性別	年齢	生・死	同居の有無 ※別居であればお住まいの都市
父	—	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村 _____ )
母	—	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村 _____ )
配偶者	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村 _____ )
子ども	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村 _____ )
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村 _____ )
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村 _____ )
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村 _____ )
兄弟 姉妹	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村 _____ )
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村 _____ )
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村 _____ )
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村 _____ )
	男・女	歳	生・死	同居 / 別居(市区町村 _____ )

20. ご本人が治療について判断が困難な場合にゆだねる相手はいますか。

いる(氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_ )  いない  わからない

ご協力ありがとうございました