

＜緩和ケア病棟に入院を希望される患者さまへ＞

ふりがな お名前			男 女	記入日 年 月 日
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 都・道・府・県 ・ ()			
保険	健康保険（本人）・健康保険（扶養）・国保・老人・生保・身障（ 級） 難病・その他（ ）			
ご職業			信仰	
相談者	（氏名）	（続柄）	（ご職業）	
	（連絡先） 〒 都・道・府・県 ・ ()			

1. 緩和ケア病棟に入院またはエントリーを希望される理由を教えてください（複数回答可）

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 積極的な治療はしたくない | <input type="checkbox"/> つらい症状を和らげてほしい |
| <input type="checkbox"/> 自宅療養に不安がある | <input type="checkbox"/> 家族に迷惑をかけたくない |
| <input type="checkbox"/> 病気のことが不安 | <input type="checkbox"/> 医師にすすめられた |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

理由 ()

2. あなたの病気について、誰から、どのように説明されていますか

誰から ()

内容 ()

※裏面もご記入ください

3. 現在、苦痛と覚ることに付いて、当てはまるもの全てにチェックを入れてください
(複数回答可)

- 痛み
- だるさ
- 食欲がない
- 吐き気
- 嘔吐
- むくみ
- 便秘
- 下痢
- お腹が張る
- 咳が出る
- 息苦しい
- 不眠
- 不安感が強い
- 気分が落ち込む
- イライラする
- 1人で動けない
- その他(具体的に)

4. 病気や病気以外のことに付いて心配なこと、気がかりなことはありますか

- ある
- ない

※4の質問で「ある」と答えた方は、当てはまる項目全てにチェックを入れてください
(複数回答可)

- 病気や治療のこと
- 身体的な症状
- 精神的な症状
- 療養場所・環境
- 在宅サポート(介護保険・訪問看護・訪問診療など)
- 経済的なこと
- 入院費用について
- 就労
- 家族関係・人間関係
- その他 (具体的に)

5. 今後病気のことなどについての説明は、どなたがお聞きになりますか
当てはまる項目にチェックを入れてください

- 自分が1人で聞きたい
- 自分と家族(友人)とで聞きたい(誰と) 続柄)
- 家族(友人)だけに聞いてもらいたい

6. 病状が落ち着いたら、ご自宅での療養を希望されますか
当てはまる項目にチェックを入れてください

- 希望しない
- 希望する

7. 臓器提供意思表示はありますか

- ある
 ない

※7の質問で「ある」と答えた方は、当てはまるところにチェックを入れてください

意思表示をしているものは何ですか

- 運転免許証 健康保険証 臓器提供意思表示カード 意思表示欄記入なし

※7の質問の記入者氏名 氏名 _____ (続柄: _____)

8. 過去にかかったことのある病名をおしえてください

いつ頃	病名	かかりつけ医

以上です。ご記入ありがとうございました。

何かご質問があれば東邦病院スタッフまでお尋ねください。

医療法人社団三思会 東邦病院

TEL : 0277-76-1027

FAX : 0277-76-1028

担当：地域連携室

月～金曜日 8:45～17:15

土曜日 8:45～12:30

(第2、4土曜日を除く)