

# 緩和ケアを希望される患者さん・ご家族へ ( 1 )

松山市民病院  
緩和ケアチーム

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 性別  男  女 年齢 ( ) 歳 生年月日 ( 年 月 日 )

住所 〒 \_\_\_\_\_ ( 県 市 町 )

電話番号 ( ) (  自宅  携帯電話 )

職業 ( ) 宗教 (  仏教  キリスト教  なし  その他 )

患者様の現在の状況: 診療科 ( )  当院入院中  他病院での入院中  
 当院通院中  他病院での通院中

以下の質問にお答えください。□があるところは該当するものに全部チェックを付けてください。

1. 現在、最も苦痛なこと、つらいと感じることは何ですか (複数回答可)。

- |                                   |                                  |                                   |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み       | <input type="checkbox"/> 食べられない  | <input type="checkbox"/> ひとりで動けない |
| <input type="checkbox"/> 息苦しさ     | <input type="checkbox"/> 吐き気     | <input type="checkbox"/> 便がでない    |
| <input type="checkbox"/> 咳        | <input type="checkbox"/> 嘔吐、吐くこと | <input type="checkbox"/> 不安       |
| <input type="checkbox"/> おなかがはる   | <input type="checkbox"/> 体のむくみ   | <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込む |
| <input type="checkbox"/> だるさ、しんどさ | <input type="checkbox"/> 眠れない    | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |

2. 病名や現在の状態、今後の治療方針などについてどのように説明を受けていますか。

病名:

説明状況 (誰から) :  医師  看護師  家族  その他

どのように:

3. 主治医から緩和ケアについて説明を受けたことがありますか。

説明を受けた:  あり  なし

説明を受けた場合にはどのように

4. 病気のことでの心配なことや、聞きたいことはありますか (複数回答可)。

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 病状について       | <input type="checkbox"/> 現在の苦痛やつらいところがとれるかどうか |
| <input type="checkbox"/> 今後の見通し       | <input type="checkbox"/> 緩和ケアで行う治療について        |
| <input type="checkbox"/> 生活の上での制限や注意点 | <input type="checkbox"/> その他 ( )              |

5. 病気以外のことで心配なことや不安なことは何ですか。具体的に書いてください。

- |                              |     |
|------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 仕事  | ( ) |
| <input type="checkbox"/> 家庭  | ( ) |
| <input type="checkbox"/> 経済面 | ( ) |
| <input type="checkbox"/> その他 | ( ) |

