

恵佑会札幌病院緩和ケア相談問診票

緩和ケア外来を受診される患者さんご家族で、よく話し合ったうえでご記入ください。
 【ID: _____】

氏名	生年月日	
	西暦： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
信頼できる身近な方の氏名とご関係	身近な方の連絡先を記入してください。	
氏名： 関係：	電話番号	
家族構成をご記入ください		
氏名	ご関係	同居の有無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
現在の病気についてどのように説明を受けていますか。		
病名	()	
病状	()	
病気の状態についてどのように知りたいですか？以下の質問の該当する箇所すべてに <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい		
<input type="checkbox"/> すべて自分で知っておきたい <input type="checkbox"/> 可能なら余命も知りたい <input type="checkbox"/> おおまかに知りたい（ <input type="checkbox"/> 詳細は家族が知っていればよい <input type="checkbox"/> 悪い話は知りたくない） <input type="checkbox"/> 今後の病状の変化、起こりうることを知りたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
病気の状態についての説明をご自身でお聞きになりたいですか。または誰かと一緒に 聞きたいですか		
<input type="checkbox"/> 自分で聞きたい <input type="checkbox"/> 自分では聞きたくない <input type="checkbox"/> 家族だけに説明して欲しい 一緒に説明を聞いて欲しい人 ()		
現在困っている症状はありますか？以下の質問に該当する箇所に <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい		
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい <input type="checkbox"/> 咳がでる <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> お腹の張り感 <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> だるさ（倦怠感） <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 気持ちの落ち込み <input type="checkbox"/> 不安が強い <input type="checkbox"/> その他 ()		