【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　　　　　）

(介護の中心的役割をされている方))

年齢

ふりがな

生年月日

性別

M T

S H

年　　月　　日

患者氏名

歳

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□同居　□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。

お身体のこと；

□痛み　　　□息苦しさ　□咳・痰

□食欲低下　□吐き気 □おなかが張る □便秘　　 □下痢

□むくみ　　□しびれ　　□倦怠感(だるさ) □夜眠れない　□かゆみ　　□口内炎

□その他

お気持ちのこと；

□不安　　 □恐怖　　 □落ちこみ　　 □むなしさ　　　□孤独　　 □人に会いたくない

□焦り　　 □混乱　　 □集中力低下　 □イライラする　□病気を受け入れられない

□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。

□苦痛をやわらげてほしい □苦痛を伴う治療はしたくない

□家族や大切な人と過ごしたい □１人になりたい

□静かに過ごしたい □不安をやわらげてほしい

□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。

□自宅で過ごしたい □病院・施設で過ごしたい

□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； □なし　□申請中 □申請済み；要介護( )・要支援（ ）

ケアマネジャー；□なし　□あり( 　　 )

訪問看護；□なし □あり;ステーション名( )

訪問診療；□なし □あり;クリニック名( )

□身障者手帳 ( )級　　　□その他

　　 Ver.2(2019年7月改訂)