

緩和ケア病棟を希望されるご家族の方へ

患者さんのお名前		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
ご記入者のお名前		男・女	患者さんとの続柄	
現住所	〒			
連絡先	①氏名		TEL	
	②氏名		TEL	
これまでかかっていた医療機関				
家族構成	図のように記入し、同居者を○で囲んでください。 例) 			
相談をできる親族 または友人の名前		連絡先	診察券 ID 番号	

1. ご家族が緩和ケアを希望する理由をお聞かせください。

- つらい症状を緩和してほしい。
- つらい治療はしてほしくない。
- 患者さんが自ら希望した。
- 医師に勧められたから。
- 他の家族、親せき、知人に勧められたから
- 病気を知った時から緩和ケアを受けようと考えていた。
- 介護してくれる人がいないため。
- 家族に迷惑をかけたくない。
- 自宅にすることが不安だから。
- 人生の最期を迎える場所として考えているから。
- その他（具体的に：

)

2. ご家族は病気について誰からどのように説明されましたか？
病名：
誰から：医師 患者 その他（
病気の進行程度：
3. 患者さんはその説明内容について、どのように理解されていると思いますか？
4. ご家族は、今の患者さんの病気はどのような状態にあるとお考えですか？
5. 現在心配なこと、お聞きになりたいことはありますか？（複数回答可）
現在の病状について
今後の見通しについて
生活するうえで注意することや制限されることについて
今の苦痛がとれるかどうか
緩和ケア病棟はどのようなことを行うのか
自分でやっている治療などを続けることができるかどうか
その他（具体的に：
)
6. 入院により何かお困りのことや相談したいことはありますか？
7. 患者さんの現在
入院中
医療機関：
診療科・主治医：
自宅療養
定期的に通院中
医療機関：
診療科・主治医：
時々通院している
医療機関：
診療科・主治医：
8. 病状が落ち着いたら、自宅での療養を希望しますか？
自宅療養を希望する 入院していきたい
入院してから考えたい

9. 患者さんを看護されている方はどなたですか？（間柄もご記入ください）

10. 介護保険の認定を受けていますか？

はい

要支援

要介護（1・2・3・4・5）

いいえ

11. 現在、訪問看護、ホームヘルパーなどのサービスを受けていますか？

はい

派遣機関：

訪問看護： 回/週

ホームヘルパー： 回/週 時間/回

訪問診察

いいえ

記入年月日 年 月 日

署名 _____

代理人 _____（患者さんとの続柄：）

※ご本人に代わって代理の方が記入された場合は代理人欄にご署名ください

ご記入ありがとうございました。

不明な点がございましたら、ご遠慮なく担当職員にお尋ねください。

とちぎメディカルセンターとちのき