緩和ケア外来問診票（緩和ケア外来初診時）

記載日　　　　年　　月　　日

患者氏名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

記載者氏名（＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿）※本人以外が記載の場合

---

1. 緩和ケア外来の受診をどなたに勧められましたか？あてはまるものに✔をして下さい。
   - □ 家族からの勧め（ご家族のどなたですか？（続柄　　　　）
   - □ 医師からの勧め
   - □ 看護師からの勧め
   - □ その他(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

2. 当院の緩和ケア外来について、どのように説明をうけましたか？

〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

3. 現在かかっている医師から病気についての説明はどなたが聞かれましたか？
   - □ 本人のみ
   - □ 家族のみ
   - □ 本人・家族
   - □ その他(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

・どのような説明を受けたか簡単にお書きください：

〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

4. 医師の説明を聞いてどのように感じていますか？

本人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5. 症状でどのようなことにお困りですか？あてはまるものに✔をして下さい。

   - □ 痛み
   - □ 息苦しさ
   - □ むくみ
   - □ 眠れない
   - □ だるさ
   - □ はきけ
   - □ 便秘
   - □ その他(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

6. 病気のこと以外で気になること、心配なこと、医療者に相談したいことはありますか？ あてはまるものすべてに✔し具体的にご記入下さい。
   - □ 家族のこと　（　　　　　　　　　　　　　　　）
   - □ 仕事のこと　（　　　　　　　　　　　　　　　）
   - □ 経済的なこと（　　　　　　　　　　　　　　　）
   - □ 日常生活のこと（　　　　　　　　　　　　　　）
   - □ 通院のこと　（　　　　　　　　　　　　　　　）
   - □ その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　）
   - □ なし

7. 患者さんの療養の支援にご協力いただける方はどなたですか？（記載例：妻、夫など）

① ____________________ ② ____________________

8. 患者さんが自分で意思決定することが難しくなったとき、代わりに意思決定していただける方はどなたですか？

① ____________________ ② ____________________

9. 患者さんの職業や趣味、大切にしてきたことや重要であることなどを教えて下さい。

職業（過去・現在）：(____)

趣味：(____)

大切に思っていること：(______________________________________)

10. 介護認定の申請はされていますか？

□ いいえ・わからない

→今後、介護保険サービスを利用したいと思いますか？

□ はい　□ いいえ

□ はい →要支援1　要支援2　要介護1　要介護2　要介護3　要介護4　要介護5

ケアマネジャーさんはどなたですか？

(__________________________)

現在、利用しているサービス（ケア）はありますか？

□ はい　□ いいえ

具体的に（____）

11.当クリニックの緩和ケア外来にどのようなことを希望されますか？当てはまるものすべてに✓をいれてください。

□ 身体の辛さを緩和してほしい　□ 精神的な辛さを緩和してほしい　□ 在宅療養のサポートをしてほしい

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　）

12. 何かお伝えしたいことがあればご自由に記載してください。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

記載ありがとうございました。当日持参いただくき、看護問診にてお渡しください。

本輪西ファミリークリニック