

＜緩和ケア病棟に入院を希望される患者さまのご家族へ＞

(患者氏名)

(年齢)

歳

|                          |   |        |              |
|--------------------------|---|--------|--------------|
| ふりがな<br>お名前              |   | 男<br>女 | 記入日<br>年 月 日 |
| 患者さまとの関係<br>(続柄)         |   |        | 年齢<br>歳      |
| 住所                       | 〒<br>都・道・府・県<br>・ ( )   |        |              |
| ご職業<br>(さしつかえなければ)       |   |        |              |
| 連絡先                      | ①氏名<br>住所<br>〒<br>都・道・府・県<br>・ ( )<br>患者さまとの続柄 ( )<br>自宅・携帯・勤務先 |        |              |
| ※ご記入者と同じ場合は<br>同上で構いません  |   |        |              |
| ※できる限り2ヶ所の<br>連絡先をお願いします | ②氏名<br>住所<br>〒<br>都・道・府・県<br>・ ( )<br>患者さまとの続柄 ( )<br>自宅・携帯・勤務先 |        |              |

1. 緩和ケア病棟に入院またはエントリーを希望される理由を教えてください(複数回答可)

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 積極的な治療はしたくない | <input type="checkbox"/> つらい症状を和らげてほしい |
| <input type="checkbox"/> 自宅療養に不安がある   | <input type="checkbox"/> 家族に迷惑をかけたくない  |
| <input type="checkbox"/> 病気のことが不安     | <input type="checkbox"/> 医師にすすめられた     |
| <input type="checkbox"/> その他          |  |

理由

( )

※裏面もご記入ください

2. 患者様の病気について、誰から、どのように説明されていますか

誰から ( )

内容

( )

3. 病気や病気以外のことについて心配なこと、気がかりなことはありますか

- ある                       ない

※3の質問で「ある」と答えた方は、当てはまる項目全てにチェックを入れてください  
(複数回答可)

- 病気や治療のこと     身体的な症状     精神的な症状     療養場所・環境  
 在宅サポート(介護保険・訪問看護・訪問診療など)     経済的なこと  
 入院費用について     就労     家族関係・人間関係  
 その他 (具体的に )

4. 今後病気のことなどについての説明は、どなたがお聞きになりますか

当てはまる項目にチェックを入れてください

- 家族だけで聞きたい (誰が ) 続柄 )  
 患者さまと家族(友人)とで聞きたい (誰と ) 続柄 )  
 患者さまだけに聞いてもらいたい

5. 病状が落ち着いたら、ご自宅での療養を希望されますか

当てはまる項目にチェックを入れてください

- 希望しない  
 希望する

6. 現在利用している制度や医療・福祉サービスがありますか

- 身体障害者手帳（                                  級）  
 介護保険要介護認定（ 自立 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 ）

※利用している医療・福祉サービスについて具体的におしえてください

- 訪問診療（診療所名                                  ）  
 訪問看護（事業所名                                  /利用回数 週                  回）  
 福祉サービス（サービスの内容と1週間あたりの利用回数）例：訪問介護 週2回

7. 患者さまのご家族の構成

| 氏名                     | 年齢 | 患者さまとの続柄 | 同居の場合は○ |
|------------------------|----|----------|---------|
|                        |    |          |         |
|                        |    |          |         |
|                        |    |          |         |
|                        |    |          |         |
|                        |    |          |         |
|                        |    |          |         |
|                        |    |          |         |
| 患者さまの介護・看護可能なかたはどなたですか |    |          |         |
|                        |    |          |         |

以上です。ご記入ありがとうございました。  
 何かご質問があれば東邦病院スタッフまでお尋ねください。

医療法人社団三思会 東邦病院  
 ☎：0277-76-6311（代表）  
 FAX：0277-76-6763  
 担当：地域連携室  
 月～金曜日 8：45～17：15  
 土曜日 8：45～12：30  
 （第2、4土曜日を除く）