

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

医療法人社団三思医光会 東邦病院

☎ : 0277-76-6311 (代表)

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)