

<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	〒 都・道・府・県 ☎ ()		
ご職業 (さしつかえなければ)			
連絡先	①氏名 患者さまとの続柄 () 住所 〒 都・道・府・県 ☎ () 自宅・携帯・勤務先		
※ご記入者と同じ場合は 同上で構いません ※できる限り2ヶ所の 連絡先をお願いします	②氏名 患者さまとの続柄 () 住所 〒 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

[illegible]

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)