

＜緩和ケア病棟に入院を希望される患者さまへ＞

| | | | | |
|------|--|------|-------|-------|
| ふりがな | | | 男女 | 記入日 |
| お名前 | | | | 年 月 日 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 年齢 歳 | | | |
| 住所 | 〒 都・道・府・県 ☎ () | | | |
| 保険 | 健康保険(本人)・健康保険(扶養)・国保・老人・生保・身障(級) 難病・その他() | | | |
| ご職業 | | | 信仰 | |
| 相談者 | (氏名) | (続柄) | (ご職業) | |
| | (連絡先) 〒 都・道・府・県 ☎ () | | | |

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 []

2. あなたの病気について、誰から、どのように説明されていますか

誰から()

内容 []

※裏面もご記入ください

3. 現在、苦痛と感じることについて、当てはまるもの全てにチェックを入れてください
(複数回答可)

- 痛み だるさ 食欲がない 吐き気 嘔吐 むくみ
 便秘 下痢 お腹が張る 咳が出る 息苦しい 不眠
 不安感が強い 気分が落ち込む イライラする 1人で動けない
 その他 (具体的に)

4. 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

※4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)

5. 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

- 自分が1人で聞きたい
 自分と家族 (友人) とで聞きたい (誰と) 続柄
 家族 (友人) だけに聞いてもらいたい

6. 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

7. 臓器提供意思表示はありますか

- ある
- ない

※7の質問で「ある」と答えた方は、当てはまるところにチェックを入れてください

意思表示をしているものは何ですか

- 運転免許証
- 健康保険証
- 臓器提供意思表示カード
- 意思表示欄記入なし

※7の質問の記入者氏名 氏名 (続柄：)

8. 過去にかかったことのある病名をおしえてください

| いつ頃 | 病名 | かかりつけ医 |
|-----|----|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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)