

<緩和ケア病棟に入院を希望される患者さまへ>

ふりがな お名前			男 女	記入日 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、苦痛と覚ることに付いて、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付いて心配なこと、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
☐ 家族(友人)だけに聞いてもらいたい

続柄

)

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）