

緩和ケア外来 問診票

記載日： 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	年 月 日	歳
住所				
自宅電話		携帯番号		

主な 連絡先①	ふりがな		続柄	連絡先	
	氏名			自宅番号	
				携帯番号	
住所					
主な 連絡先②	ふりがな		続柄	連絡先	
	氏名			自宅番号	
				携帯番号	
住所					

[illegible][illegible]

緩和ケア病棟を希望した理由、緩和ケアに期待すること

ご本人の気持ち	
ご家族の思い	

病気や病状について、医師から説明を受けていますか

ご本人	☐ はい ☐ いいえ	ご家族	☐ はい ☐ いいえ
-----	--	-----	--

余命（残りの時間・今後の見通し）について、医師から説明を受けていますか

ご本人	☐ はい ☐ いいえ	ご家族	☐ はい ☐ いいえ
-----	--	-----	--

緩和ケア病棟では、延命処置、蘇生処置（心臓マッサージや気管内挿管、人工呼吸器装着）は行わずに、がんの自然経過について見守る立場をとらせて頂きます。同意いただけますか。

ご本人	☐ 同意する ☐ 同意できない	ご家族	☐ 同意する ☐ 同意できない
-----	---	-----	---

緩和ケア病棟や緩和ケアについてのご質問

--

病室のご希望について

☐ 有料部屋（日額14,300円）を希望 ☐ 無料部屋のみを希望 （病床の利用状況によってご希望に添えない場合もございます）
--