緩和ケア外来事前面談 問診票

患者ID:						記載日:		年	月	日
ふりがな			性	別	生		上 年月日			
患者氏名				男	・女	年	月	日		歳
患者住	所			•						
現在の生活	場所									
自宅電	話			携带	電話					
主な 連絡先①	ふりがな			綅	柄	ſ	備考(当	院記載)	
	氏 名									
	自宅電話				電話					
	ふりがな			新	柄	1	備考(当	院記載)	
主な 連絡先②	氏 名									
	自宅電話			携帯	電話					
		<u> </u>								
		要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)、非該当								
	介護認定		月日	認定調査)	、未申	請				
		有効期間:								
在宅体制	訪問診療									
	訪問看護									
	ケアマネーシ゛ャ	プヤー (事業所名) (担当者名)								
	介護サービ	z								
		氏名	続柄	年齢		同居・別居()	別民の	場合	民住地)	
	Да		496413	 		•别()
					1	 • 別(
家族構成						 • 別(
						 • 別(
						 · 別()
						 · 別()
						·別(
					l ini	\) [i.f.\				,
緩和ケ 事前面談	ア病棟 受診目的	□直ぐ入院 □]必要時入院	記(つらさが	強くな	つた時・介護が	が難し [、]	くなった	た時))	

ゴ木し	の状能	1-01	1て粉え	71	こださい。
ᆫᄽᄼ	しし 1人 京会	1ー ノレ	・しなれん	()	. <i>I</i> :

こ本人の仏態に	ンので数だってにもの。							
日中の過ごし	□家(病院)から外出する事もある □屋内(病棟内)は歩いて移動 □一日中ベッド上で過ごす							
 移動手段								
19 30 1 72	□ へく少りる □枚少り □少り益/子押し車 □車荷子 □ストレッチャー □□□から食べている □□から食べていない □点滴 □胃ろう/経鼻チューブ							
食事 ロー人で食べられる ロ介助が必要 口むせる事がある 口とろみ剤を使用								
睡眠/覚醒状況	□夜間眠れている □夜間眠れていない □途中で起きる(理由:)							
	□日中起きている □日中寝ている事が多い							
排泄	ロトイレ ロポータブルトイレ 口尿器 口おむつ 口尿カテーテル							
	□その他()							
会話	□問題なく成立 □話せるが長続きしない □聞き取り難い							
	□辻褄の合わない事がある □話せない							
アレルギー	□なし □あり(内容:)							
7 070-1	□ □なし □のり(トライチ・ □なし □喫煙中							
飲酒	□なし □あり 喫煙 □なし □戻屋中 □なし □をり(約 本/日で、約 年間)							
現在、体のつら	さを感じていますか。(複数回答可)							
□痛み(部位:) 口だるさ 口息苦しさ 口咳 口発熱							
□食べられない	□お腹の張り □吐き気・嘔吐 □便秘 □下痢 □眠れない □眠気がある							
	ハ □かゆみがある □皮膚のしこり/がんによる傷(部位:)							
ロむくみ ロそ								
ご本人・ご家族の	の気持ち・思いをお聞かせください(緩和ケアに期待すること、希望する療養場所など)。							
ご本人の気持つ								
ご家族の思い								
病気や病状につ	ハて、医師から説明を受けていますか。							
ご本人 口はい 口いいえ ご家族 口はい 口は								
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 口はい 口いいえ ご家族 口はい 口いいえ								
□有料部屋のみ希望:トイレ、ソファーベッド、テーブル、椅子、ランプ、ロッカー (シャワー付き:9720円/日・シャワーなし:9180円/日) □早く入院したいので、有料部屋で入院後、無料部屋へ移動を希望 □無料部屋のみ希望:トイレ、ソファーベッド □特別室希望:トイレ、ソファーセット、テーブル、ランプ、ロッカー、シャワー、キッチン、畳コーナー(22680円/日)								