



ご本人の状態について教えてください。

日中の過ごし方	<input type="checkbox"/> 家(病院)から外出する事もある <input type="checkbox"/> 屋内(病棟内)は歩いて移動 <input type="checkbox"/> 一日中ベッド上で過ごす		
移動手段	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器/手押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
食事	<input type="checkbox"/> 口から食べている <input type="checkbox"/> 口から食べていない <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう/経鼻チューブ <input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> むせる事がある <input type="checkbox"/> とろみ剤を使用		
睡眠/覚醒状況	<input type="checkbox"/> 夜間眠れている <input type="checkbox"/> 夜間眠れていない <input type="checkbox"/> 途中で起きる(理由: )		
	<input type="checkbox"/> 日中起きている <input type="checkbox"/> 日中寝ている事が多い		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> その他( )		
会話	<input type="checkbox"/> 問題なく成立 <input type="checkbox"/> 話せるが長続きしない <input type="checkbox"/> 聞き取り難い <input type="checkbox"/> 辻褄の合わない事がある <input type="checkbox"/> 話せない		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: )		
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 喫煙中 <input type="checkbox"/> あり(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)

<input type="checkbox"/> 痛み(部位: ) <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 食べられない <input type="checkbox"/> お腹の張り <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 眠気がある <input type="checkbox"/> 一人で動けない <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 皮膚のしこり/がんによる傷(部位: ) <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )
---

ご本人・ご家族の気持ち・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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	ご家族	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	ご家族	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-----	--	-----	--

病室希望	<input type="checkbox"/> 有料部屋のみ希望: トイレ、ソファベッド、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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無料部屋のみ希望: トイレ、ソファベッド <input type="checkbox"/> 特別室希望: トイレ、ソファセット、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)
------	--