

緩和医療科 問診票

以下の質問にお答えいただき、選択できる質問はあてはまるものの□にレ点を記入して下さい。できるだけ、ご本人が記入して下さい

お名前 _____ 性別：□男 □女 年齢： _____ 歳

記入した人：□ 本人 □その他（ _____ 続柄： _____ ）

*本人立ち合いのもと代筆した場合は□ 本人 を選択してください

病気のこと、それを踏まえたこれからのことについて教えてください

病名について（どこのがんなのか、転移しているのか）どのように説明を受けましたか？

積極的がん治療（手術や抗がん剤、放射線治療など「がんと闘う治療」）は今後どのようにしていくことになりましたか？

緩和医療（緩和ケア）について具体的な説明を受けましたか？

はい いいえ

説明内容：

今、一番困っていること（症状）は何ですか？

*裏面もあります

本人の生活やそれを支える環境について教えてください

緊急連絡先（容態急変時などに使用するのでご本人以外の連絡先を記入して下さい）

①	ふりがな		続柄	連絡先		
	氏名			①		携帯・自宅 会社・（ ）
	住所			②		携帯・自宅 会社・（ ）
②	ふりがな		続柄	連絡先		
	氏名			①		携帯・自宅 会社・（ ）
	住所			②		携帯・自宅 会社・（ ）

キーパーソン（本人が判断できない時に本人に成り代わって判断する役割の人）

--

現在の生活の様子を教えてください

現在の生活の様子

コミュニケーション方法

更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
排尿状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
排便状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> ジェスチャー	<input type="checkbox"/> 手話
<input type="checkbox"/> 筆記		
<input type="checkbox"/> その他（ ）		

認知機能

<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 幻覚が見える
<input type="checkbox"/> 歩き回る	<input type="checkbox"/> 怒りっぽい
<input type="checkbox"/> 同じことを何回も聞くことが多い	
<input type="checkbox"/> 忘れやすい	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

医療・介護について教えてください

介護認定の状況： 未申請 申請中 申請済：要支援（ ） 要介護（ ）

利用している介護サービス： なし あり

訪問看護（ 回/週） デイサービス（ 回/週） 訪問介護（ 回/週）

ショートステイ（ 回/週） 訪問リハビリ（ 回/週）

その他（ ）

担当ケアマネージャー： なし あり

担当者・所属施設（ ）連絡先（ ）

ご記入ありがとうございました

聖隷佐倉市民病院 緩和医療科外来

2023年9月作成