東京衛生アドベンチスト病院　緩和ケア内科初診問診票

穏やかな療養生活を送っていただくために、問診表の記入をお願いいたします。

患者氏名：	生年月日： 西暦　　年　　月　　日	年齢： 　　歳
面談に来られた方の氏名：		続柄：
連絡先	① 電話番号： 氏名：　　続柄：	
	② 電話番号： 氏名：　　続柄：	

1. 入院の時期はいつごろを希望していますか。

☐今すぐ　☐状態が悪くなった場合に備えて申し込みをしておきたい。

2. 現在、つらいと感じていることはどのようなことですか。

☐痛み　痛みの部位（　　）　痛みの強さ（　　/10）

痛みの弱いとき（　　/10）

☐息苦しさ　☐咳　☐痰　☐お腹の張り　☐だるさ　☐食欲不振　☐むくみ

☐不眠　☐眠気　☐便秘　☐下痢　☐吐き気　☐気分の落ち込み

☐その他（　　）

3. 患者様の病状の理解についてお伺いします。

・病名は知らされている　☐はい　☐いいえ

・治療継続が困難であることを理解している　☐はい　☐いいえ

4. 患者様・ご家族のご希望 心配していることなどありましたらご記入ください。

［　　］

5. 病室の希望についてお伺いします。※緩和ケア内科病棟はすべて個室です。

☐有料個室（19,800 円税込み）を希望する。　☐有料個室（16,500 円税込み）を希望する。

☐有料個室（7,700 円税込み）を希望する。　☐室料なし(空きがないときは空くまで待つ)

☐空き次第どちらでも

6. 他施設の申し込みがある方は、申し込み先を教えてください。

①（　　）　②（　　）

7. 介護保険は利用していますか。

☐未申請　☐申請中　☐申請済（☐要支援　1・2　☐要介護　1・2・3・4・5）

ケアマネジャー　事業所名（　　）担当者（　　）

8. 利用中のサービスはありますか。

☐訪問看護　事業所名（　　）週＿＿＿回

☐訪問診療　事業所名（　　）週＿＿＿回または月＿＿＿回

ご記入ありがとうございました。　C-202