

東京衛生アドベンチスト病院 緩和ケア外来初診問診票

穏やかな療養生活をおくっていただくために、問診票の記入にご協力お願い致します。

患者氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	電話番号		- -

患者さま以外の連絡先(家族・相談者など)をお書き下さい。

お名前 _____ [続柄: _____] 電話番号 - -

お名前 _____ [続柄: _____] 電話番号 - -

* 以下、該当する項目の にチェックをして下さい。

現在の療養先について

- 入院中 入院先医療機関: _____ 入院日: _____ 月 _____ 日
- 在宅療養中 通院先医療機関: _____ 往診医: _____
- 施設入所中 入所先施設名: _____

1) 患者さまの病状の理解について

- 病名は知らされていますか。 [はい • いいえ]
- 治療継続が困難であることを理解していますか。 [はい • いいえ]
- 転移や予後などを全て説明され理解していますか。 [はい • いいえ]

2) 患者さまの緩和ケア病棟(ホスピス)の理解について

- 緩和ケア病棟(ホスピス)の説明はされていますか。 [はい • いいえ]
- せん妄や認知症などのため理解できない状態ですか。 [はい • いいえ]
- その他 (_____)

3) 患者さまが苦痛に感じているご症状について

- 痛み だるさ 吐き気 口の渇き 口内炎 食欲不振 咳 痰 息苦しさ
 発熱 眠気 不眠 むくみ 痒み 便秘 下痢 その他(_____)
 特になし

5) 緩和ケア病棟への入院にあたってどのようなことをご希望ですか。

6) 病室について (緩和ケア病棟は全て個室です)

- どの病室をご希望ですか。
 - 室料 19,800円(2室) 室料 16,500円(3室) 室料 7,700円(5室) 室料なし(10室)
 - 空き次第どちらでも
- * 面談後に病棟をご案内致します。
- * 入院のご案内は病室が空き次第となります。ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

記載者: 氏名 _____ [続柄: _____] 記載日: _____ 月 _____ 日 C-202