

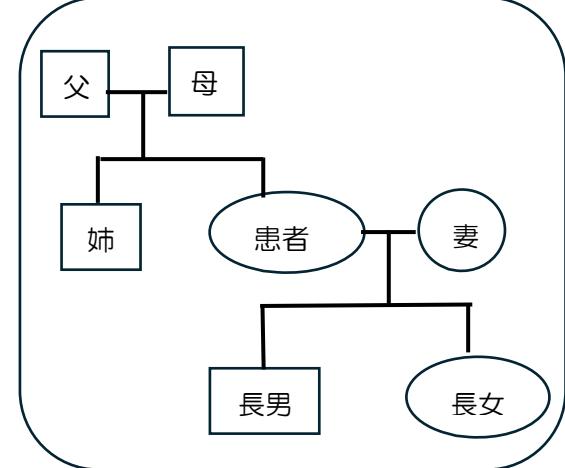
# 緩和ケア病棟 入院登録に関する問診票(患者・家族記載用)

記入日 年 月 日

(ふりがな) 患者名 様	生年月日 T・S・H 年 月 日	年齢 歳
記載者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 [ ]	<input type="checkbox"/> その他 [ ]	
当院受診歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 当院の診察券番号 [ ]		
ご家族について教えてください		
医師の説明と一緒に受ける方(キーパーソン)はどなたですか [ ]		
ご家族の連絡先を教えてください(病院から連絡する優先順位の高い方からご記入ください)		
① 氏名 [ ]	続柄 [ ]	
電話番号 [ ]		
② 氏名 [ ]	続柄 [ ]	
電話番号 [ ]		
③ 氏名 [ ]	続柄 [ ]	
電話番号 [ ]		

家族背景(記入例を参考にご記載ください)

記入例



※同居の親族は○で、別居の親族は□で囲んでください。

介護認定を受けていますか?	<input type="checkbox"/> はい [要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5] <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> いいえ
在宅医療(訪問診療・訪問看護等)は入っていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
訪問診療 名称 [ ]	連絡先 [ ]
担当医 [ ]	
裏面に続きます	

訪問看護	名称	[ ]	
担当者	[ ]	連絡先	[ ]
ケアマネージャー	施設名称	[ ]	
担当者	[ ]	連絡先	[ ]

現在、困っている症状はありますか？(複数回答可)

- 痛み [部位] [ ]  息切れ(息苦しさ)
- 力や元気が出ない感じ(だるさ)  吐き気  嘔吐  食欲不振  便秘
- 口の痛みや渴き  眠気  動きにくさ  不安や心配  気分が落ち込む
- その他 [ ]
- 特になし [ ]

緩和ケア病棟で希望することは何ですか？

- 静かに痛みなく穏やかに過ごしたい。  症状が緩和したら早めに家に帰りたい。
- その他 [ ]

今後どのようなタイミングでの入院を希望されますか？

- できるだけ早く入院・転入を希望
- 体調が悪くなった時に入院を希望

緩和ケア病棟での部屋の希望を教えてください(複数回答可)

- 有料個室 A(27500円/日)  有料個室 B(22000円/日)  無差額のみ
- 無差額希望ではあるが、緊急時は有料可  どこでも良い

\*有料個室は部屋の広さや設備などに違いがあります

\*無差額のみでの入院をご希望の場合、待機期間が長くなる可能性があります