

緩和ケア病棟 入院登録に関する問診票(患者・家族記載用)

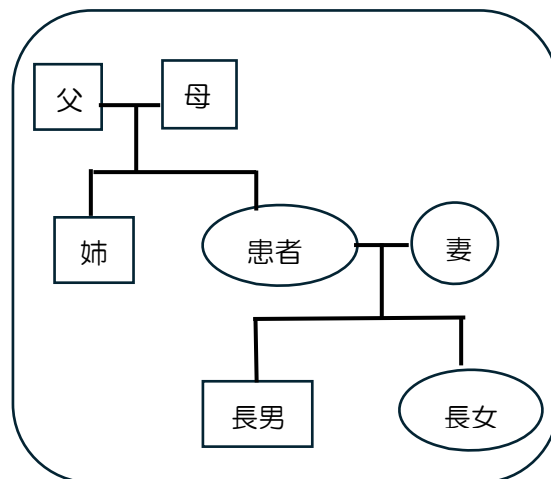
記入日 年 月 日

(ふりがな) 患者名	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〔 〕		
<p>ご家族について教えてください</p> <p>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 〔 〕</p> <p>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)</p> <p>① 氏名〔 〕 続柄〔 〕 電話番号〔 〕</p> <p>② 氏名〔 〕 続柄〔 〕 電話番号〔 〕</p> <p>③ 氏名〔 〕 続柄〔 〕 電話番号〔 〕</p>		

家族背景(記入例を参考にご記載ください)

記入例

患者



※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〔 〕	
担当医〔 〕	連絡先〔 〕

裏面に続きます

訪問看護	名称	〔	〕
担当者	〔	〕	連絡先〔
ケアマネジャー	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)			
<input type="checkbox"/> 痛み〔部位：	〕	<input type="checkbox"/> 息切れ(息苦しさ)	
<input type="checkbox"/> 力や元気が出ない感じ(だるさ)	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 食欲不振
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 口の痛みや渴き	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 動きにくさ
<input type="checkbox"/> 不安や心配	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込む		
<input type="checkbox"/> その他	〔	〕	
<input type="checkbox"/> 特になし			

緩和ケア病棟で希望することは何ですか？	
<input type="checkbox"/> 静かに痛みなく穏やかに過ごしたい。	<input type="checkbox"/> 症状が緩和したら早めに家に帰りたい。
<input type="checkbox"/> 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？	
<input type="checkbox"/> できるだけ早く入院・転入を希望	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 有料個室 A(27500 円/日)	<input type="checkbox"/> 有料個室 B(22000 円/日)
<input type="checkbox"/> 無差額のみ	
<input type="checkbox"/> 無差額希望ではあるが、緊急時は有料可	<input type="checkbox"/> 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	

NTT 東日本関東病院 緩和ケア科