

緩和ケア外来を受診される方へ

患者様のご様子を伺うためにご本人・ご家族の方へ次の質問にご協力をお願いします

平成 年 月 日 記入

記載者 () 患者様との続柄 ()

患者様氏名			性別 男 ・ 女	年齢 歳
疾患名				
家族構成	図のように記入してください。同居者は枠で囲んで下さい。 例) 本人○才 └── 長男○才 妻 ○才			
職 歴			趣 味	
性 格	〔ご本人〕 〔ご家族から見た〕			
日 常 の 生 活 行 動	食事はひとりで	できる ・ 助けがいる ・ 食べられない 食事内容 : 普通食・おかゆ・きざみ食・その他		
	お風呂はひとりで	入れる ・ 助けがいる ・ 入れない		
	衣類の着脱はひとりで	できる ・ 助けがいる ・ できない		
	トイレはひとりで	行ける ・ 助けがいる ・ 行けない (オムツ・便器・ポータブルトイレ・留置トイレ)		
	歩行はひとりで	できる ・ 助けがいる ・ できない (杖使用・つたい歩き・車椅子使用)		
	会話は自由に	できる ・ できない ・ 話せないが通じる 補聴器の使用 有・無 ※有の場合 左・右		
	麻痺の有無	無 ・ 有 (左・右)		
	認知症の有無	無 ・ 有 (物忘れ・徘徊・大声・その他)		

◎ 病気（病名・病状）についてどのように把握していますか？

〔ご本人〕

〔ご家族〕

◎ 現在、心配なことはありますか？（困っている順番に書いて下さい）

①

②

③

◎ 緩和ケアに何を希望されますか？

◎ 家族の援助体制を教えてください。

〔1番頼りにしている方はどなたですか？〕

◎ その他お知らせしたい事がありましたら、ご自由にお書き下さい。（経済的なことなど）

ご協力ありがとうございました。

平塚市民病院 緩和ケア外来