

緩和ケア外来問診票（緩和ケア外来初診時）

年 月 日

ID： 患者氏名（ ）

記載者 本人 ・ 家族（続柄 ）・その他（ ）

可能な限りすべての項目にご記入をお願いいたします。

1. 緩和ケア外来の受診をどなたに勧められましたか？あてはまるものに✓して下さい。

- 患者さん自身が希望した
- 家族からの勧め（ご家族のどなたですか？ 続柄 \_\_\_\_\_）
- 主治医からの勧め
- 看護師からの勧め
- その他

2. 病気や病状について主治医からどのような説明を聞かれましたか？

病名（ ）

病状

[ ]

3. 緩和ケア外来の受診について主治医からどのような説明を聞かれましたか？

[ ]

4. 「緩和ケア」という言葉を聞いたことがありますか？どちらかに✓して下さい。

- 聞いたことがある
- 聞いたことがない

緩和ケアについてのお持ちのイメージはありますか？

[ ]

5. 病気のこと以外で気になること、心配なこと、医療者に相談したいことはありますか？  
あてはまるものすべてに✓し具体的にご記入下さい。

- 家族のこと ( )
- 仕事のこと ( )
- 経済的なこと ( )
- 日常生活のこと ( )
- 通院のこと ( )
- その他 ( )
- なし

6. 患者さんの療養の支援の中心となっている方、相談される方はどなたですか？  
(記載例：妻、夫など)

① ( ) ② ( )

7. 患者さんの職業や趣味、大切にしてきたことや重要であることなどを教えてください。

職業：(過去・現在； ( ) )

趣味：( ( ) )

大切に(重要)に思っていること(宗教、信念など)

( ( ) )

8. 介護認定の申請はされていますか？

いいえ・わからない

→今後、介護保険サービスを利用したいと思いますか？  はい  いいえ

はい

→ 要支援 1  要支援 2

要介護 1  要介護 2  要介護 3  要介護 4  要介護 5

現在、利用しているサービス(ケア)はありますか？  はい  いいえ

( ( ) )

9. 日中も連絡が可能な連絡先をご記入下さい。(職場でも可)

①氏名( ( ) ) : 続柄 ( ) 電話番号( ( ) )

②氏名( ( ) ) : 続柄 ( ) 電話番号( ( ) )

ご協力ありがとうございました。ご不明な点がございましたら受診当日に担当看護師にお尋ね下さい。

小牧市民病院 緩和ケア科