# 緩和ケア外来・病棟に関する問診票　（家族用）

緩和ケア外来・緩和ケア病棟入院をスムーズにするために以下の質問にご協力ください。
ご記入、または、該当するところの□へチェック☑を入れてください。

患者様ID

| 患者氏名　　様 | 性別 | 生年月日　　年　　月　　日 | 年齢　　歳 |
|---|---|---|---|

| 記入者氏名　　様 | 患者と記入者の関係性 | 記入者職業 |
|---|---|---|

記入者住所

ご家族は病名や今の状態、今後の方針についてどのように説明を受けていますか。

誰から　　□医師　□看護師　□家族　□その他（　　）
病名　（　　）

病状について（　　）

緩和ケア病棟について誰からどのように説明を受けましたか。

誰から　　□医師　□看護師　□家族　□その他（　　）

説明内容（　　）

ご家族は緩和ケアにどのようなことを希望されますか。（複数回答可）

- □　苦痛な症状を緩和してほしい
- □　療養場所などを相談したい
- □　気持ちの辛さが和らぐようにしてほしい
- □　特にない
- □　その他　（　　）

病気のことで心配なこと、聞きたいことはありますか。（複数回答可）

- □　現在の病状や今後の見通し
- □　生活する上での注意点や制限
- □　緩和ケアで受けられる治療
- □　民間療法を受けることや健康食品をとることができるか
- □　その他　（　　）

いつか迎える最期のときに人工呼吸や心臓マッサージは控えています。
今のご家族の意向を教えてください。
（これを機会に、患者さんご家族等で思われることを話し合ってみてください）

- □　人工呼吸や心臓マッサージをしないでほしい
- □　人工呼吸や心臓マッサージをしてほしい

記入年月日　　年　　月　　日

署名