

緩和ケアセンターを希望される患者さん・ご家族へ

<ID: >

記載日(/)

患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
家族氏名 (キーパーソン)		続柄	
家族住所	〒		
<p>1. 病気についてどのように説明を受けられていますか。 (病名や病状など、できるだけ具体的にご記入下さい)</p>			
<p>2. 現在苦痛なことは何ですか。</p> <p><input type="checkbox"/>痛み <input type="checkbox"/>息苦しさ <input type="checkbox"/>食欲不振 <input type="checkbox"/>倦怠感 <input type="checkbox"/>浮腫 <input type="checkbox"/>吐気 <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>不眠 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>不安 <input type="checkbox"/>その他()</p>			
<p>3. 緩和ケア病棟を希望される理由は何ですか。</p> <p><input type="checkbox"/>つらい治療はしたくない <input type="checkbox"/>つらい症状を和らげて欲しい <input type="checkbox"/>医師に勧められた <input type="checkbox"/>自宅での生活が困難になった為(<input type="checkbox"/>介護する人がいない <input type="checkbox"/>家族に迷惑をかけたくない) <input type="checkbox"/>がん治療または慢性腎不全の治療を受けていた時から、将来的には緩和ケア病棟に入りたいと 考えていた <input type="checkbox"/>その他()</p>			
<p>4. 心配なことや聞きたいことはありませんか。</p>			
<p>5. いつか迎える最期の時に人工呼吸や心臓マッサージは控えたいと思います。同意いただけますか。</p> <p><input type="checkbox"/>同意する <input type="checkbox"/>同意できない(希望する対応:)</p> <p>注:基本的に緩和ケアセンターでは人工呼吸や心臓マッサージ等の延命処置、蘇生処置は行っていません</p>			
<p>6. 苦痛症状が現れた時に使用する鎮痛剤や眠れるような鎮静剤などの薬剤の使用について 同意いただけますか。</p> <p><input type="checkbox"/>同意する <input type="checkbox"/>同意できない(理由:)</p>			
<p>7. 献体やドナーバンクに登録されていますか。</p> <p><input type="checkbox"/>はい : <input type="checkbox"/>献体登録場所() <input type="checkbox"/>ドナーバンク <input type="checkbox"/>角膜 <input type="checkbox"/>その他 <input type="checkbox"/>いいえ</p>			
<p>8. 外出・外泊の希望はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>			
<p>9. 退院先の希望はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>はい : <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>その他() <input type="checkbox"/>いいえ</p>			

※キーパーソン:患者さんを精神的・身体的・経済的に一番支える方のことで、医師からの病状説明を患者さんと共に聞いたり、
決断できる方のことです