

緩和ケア外来・病棟入院に関する問診票

Q1 患者さんのご様子について教えてください

日中の過ごし方 <input type="checkbox"/> 家（病院）から外に出ることもある <input type="checkbox"/> 屋内（病棟内）は歩いて移動 <input type="checkbox"/> 一日中ベッド上で過ごしている
移動の手段 <input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器/シルバーカート <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
食事について（複数回答可） <input type="checkbox"/> 口から食べている <input type="checkbox"/> 口から食べていない <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう/経鼻チューブ <input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> ムセることがある <input type="checkbox"/> トロミ剤を使用している
日中の覚醒について <input type="checkbox"/> 日中、起きている <input type="checkbox"/> 日中、寝ていることが多い
睡眠について <input type="checkbox"/> 夜、眠れている <input type="checkbox"/> 夜、眠れていない <input type="checkbox"/> 途中で起きる（理由： _____） <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤を使用している
排泄について <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> その他 [_____] <input type="checkbox"/> 便秘気味（排便回数： _____ 日に _____ 回）
会話について <input type="checkbox"/> 問題なく成立 <input type="checkbox"/> 話せるが長続きしない <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 辻褄の合わないことがある <input type="checkbox"/> 話せない

Q2 患者さんの病気（がんなど治療が難しい病気）について教えてください

現在、体のつらさ、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"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> お腹が張る <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 食べられない <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 動けない <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 便が出ない <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 肌が黄色い <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> においがする <input type="checkbox"/> 皮膚のしこり/がんによる傷 [部位： _____] <input type="checkbox"/> 眠気がある <input type="checkbox"/> 理解や覚えが悪い <input type="checkbox"/> その他 [_____] <input type="checkbox"/> 体のつらさはない
現在、気持ちのつらさで感じていることはありますか？（複数回答可） <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 周りに関心が持てない <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> 焦り <input type="checkbox"/> いらだち <input type="checkbox"/> 人に会うことがつらい <input type="checkbox"/> 自分の人生に意味が感じられない <input type="checkbox"/> 人の世話を受けるのが辛い <input type="checkbox"/> 自分を責めてしまう <input type="checkbox"/> その他 [_____] <input type="checkbox"/> 気持ちのつらさはない

緩和ケア外来・病棟入院に関する問診票

病気や病状について医師から説明を受けていますか？

ご本人： はい いいえ

ご家族： はい いいえ

余命（残りの時間、今後の見通し）について医師から説明を受けていますか？

ご本人： はい いいえ

ご家族： はい いいえ

ご本人にお聞きます。 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）

病状について聞きたい

今後の見通しについて知りたい

苦痛がとれるか知りたい

緩和ケアではどのような治療をするのか知りたい

その他 [

]

ご家族にお聞きます。 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）

病状について聞きたい

今後の見通しについて知りたい

苦痛がとれるか知りたい

緩和ケアではどのような治療をするのか知りたい

その他 [

]

Q3 病気以外で療養にかかわることを教えてください

病気以外のこと、心配なこと、気がかりなことはありますか？

ご家族のこと [

]

お仕事のこと [

]

経済的なこと [

]

その他 [

]

なし

ご本人にお聞きます。 当院の緩和ケア病棟を希望された理由を教えてください。（複数回答可）

（ご本人が回答困難であれば結構です）

苦痛な症状を緩和してほしい

家族に迷惑をかけたくない

精神的な援助をしてほしい

医師に勧められた

自宅から近い

病気のことが不安で仕方がない

苦痛な治療はしたくない

家族と一緒に過ごしたい

将来、自宅での生活が困難になったら入院したい

今、入院している病院に引き続き入院できなくなった

病気を知ったときから緩和ケア病棟に入ろうと決めていた

苦痛がとれれば自宅に帰って生活したい

その他 [

]

緩和ケア外来・病棟入院に関する問診票

ご家族にお聞きします。当院の緩和ケア病棟を希望された理由を教えてください。（複数回答可）

- 患者本人の苦痛な症状を緩和してほしい 介護の負担がある 精神的な援助をしてほしい
- 医師に勧められた 自宅から近い 病気のことが不安で仕方がない
- 苦痛な治療はさせたくない 本人と一緒に過ごしたい
- 将来、自宅での介護が困難になったら入院したい 今、入院している病院に引き続き入院できなくなった
- 病気を知ったときから緩和ケア病棟に入ろうと決めていた
- 苦痛がとれれば自宅に帰って生活したい
- その他 []

Q4 普段の患者さんの様子や大切にされていることを教えてください

患者さんご本人はどのような性格ですか？

- 穏やか 頑固 マイペース 我慢強い 短気 おおらか サバサバしている
- 心配性 几帳面 融通が利かない ポジティブ ネガティブ 社交的 一人を好む
- 優しい 素直 気まぐれ 真面目 その他 []

差し支えなければご職業を教えてください。（退職後や休職中の場合もお書きください）

[]

大切にしていること、楽しみにしていることはありますか？（趣味・習慣・記念日・行事など）

[]

信仰している宗教はありますか？

- ある [] ない

緩和ケアで希望すること、入院に際しての希望は何ですか？

〔ご本人：]

〔ご家族：]

ご協力ありがとうございました。

AOI 国際病院 緩和ケア外来

スタッフ記入欄

確認： _____