

## 初回 緩和ケア外来受診の方へ

緩和ケアの治療や今後の方針について必要なことについてお伺いします

ご記入いただいた内容については、個人情報保護を守り、医療上の目的以外には使用しません

患者氏名 \_\_\_\_\_

記入者名 \_\_\_\_\_ (患者様との関係: \_\_\_\_\_)

### 1. 当院を受診されたきっかけを教えてください(複数回答可)

- ご本人の希望    ご家族の希望    医師の勧め    友人・知人の勧め  
自宅から近い    その他( \_\_\_\_\_ )

### 2-1. 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)

下記日常生活への影響の程度を数字で記入をお願いします。

#### ○ 日常生活への影響

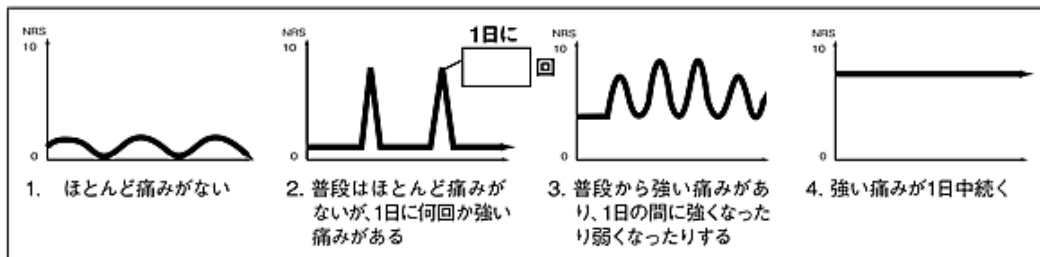
0: 症状なし	1: 現在の治療に満足している	2: 時に悪い日もあり日常生活に支障を来す	3: しばしばひどい痛みがあり日常生活に著しく支障を来す	4: ひどい痛みが常にある
---------	-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------

□ 痛み[部位: \_\_\_\_\_ ]

- |                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| □ 息苦しい (呼吸困難感)..... (      )   | □ 動けない ..... (      )        |
| □ だるい(倦怠感) ..... (      )      | □ 眠れない / 眠気が強い..... (      ) |
| □ 口渇..... (      )             | □ 不安..... (      )           |
| □ 咳・痰..... (      )            | □ 気分が落ち込む..... (      )      |
| □ 食べられない(食欲不振)..... (      )   | □ その他( _____ )               |
| □ 吐き気・嘔吐..... (      )         |                              |
| □ お腹が張る(腹部膨満感) ..... (      )  |                              |
| □ 便秘 / 下痢..... (      )        |                              |
| □ 尿が出づらい ..... (      )        |                              |
| □ むくみ[部位: _____ ] ... (      ) |                              |

### 2-2 痛みの程度で当てはまるものに○を付けて下さい。

#### ○ 痛みのパターン



### 3. 病名、現在の状態、今後の方針(緩和ケア)について、どのような説明を受けていますか

誰から: 医師    ご家族    その他( \_\_\_\_\_ )

どのように:

4. 現在行われている医療・処置について分かる範囲で教えてください

- 抗がん剤治療(\_\_\_\_\_) 代替医療(\_\_\_\_\_)
- 腎瘻 尿道バルーンカテーテル CVポート 高カロリー輸液
- 酸素吸入 人工肛門 血糖測定 インスリン注射 輸血
- 医療用麻薬の使用 褥瘡処置 ペースメーカー その他(\_\_\_\_\_)

5. 病気のことで心配なこと、医師・看護師から聞きたいことはありますか(複数回答可)

- 現在の病状について
- 今後の見通しについて
- 生活する上で注意すること、制限されることについて
- 現在の苦痛症状が緩和できるかどうか
- 緩和ケアではどのような治療をおこなうかについて
- その他(\_\_\_\_\_)
- なし

6. 体のこと以外で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

7. 生活習慣について教えてください

- 喫煙歴: なし あり(\_\_\_\_歳から\_\_\_\_歳まで、1日約\_\_本)
- 現在の飲酒:なし あり(1日平均\_\_\_\_合、種類\_\_\_\_\_)

8. 介護保険は利用していますか

- 未申請 申請中 申請済(□要介護 1・2・3・4・5 □要支援 1・2 □非該当)
- 更新申請中 介護保険サービスを使用したくない
- ケアマネージャー(事業者名:\_\_\_\_\_担当者:\_\_\_\_\_)

9. 利用中のサービスはありますか

- 訪問看護(事業者名:\_\_\_\_\_,週\_\_回) 訪問介護(週\_\_回)
- 訪問診療(事業者名:\_\_\_\_\_,週\_\_回または月\_\_回)
- デイサービス(週\_\_回) 訪問入浴(週\_\_回) ショートステイ 宅配食
- 福祉用具(□車いす □介護用ベッド □風呂用いす □ポータブルトイレ)
- 住宅改修(□手すり □スロープ □その他\_\_\_\_\_)

TM10. 身体障害者手帳をお持ちですか

- いいえ はい(障害の種類:\_\_\_\_\_・\_\_級)

11. 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています

- 輸血を受けてもよいですか はい いいえ(理由:\_\_\_\_\_)

12. 信仰している宗教はありますか はい(\_\_\_\_\_)

13. ご家族について教えてください

一人暮らし

同居家族(配偶者 親 子供 孫)

別居家族(配偶者 親 子供 孫)

緊急連絡先 名前 続柄 電話番号

第一連絡先 ( )

第二連絡先 ( )

第三連絡先 ( )

14. 緩和ケアにどのようなことを期待していますか

15. 終末期の医療に対する希望について伺います

ご家族や医療チームは、患者さん自身で判断できなくなったときに、この希望を参考にします  
この希望はいつでも修正・撤回できます

① 基本的な希望

治療やケア

患者さんの希望

1) 痛みや苦痛について

できるだけ抑えてほしい 自然のままがいい

2) 終末期に療養する場所

自宅 施設 病院 その他( )

3) そのほか基本的な希望

( )

② 終末期の希望

治療やケア

患者さんの希望

1) 心臓マッサージなどの心肺蘇生

希望する 希望しない

2) 延命のための人工呼吸器

希望する 希望しない

3) 抗生物質の使用

希望する 希望しない

4) 胃ろうによる栄養補給

希望する 希望しない

5) 鼻チューブによる栄養補給

希望する 希望しない

6) 中心静脈栄養(IVH)

希望する 希望しない

7) その他の希望

( )

③ご自身で希望する医療の判断ができなくなったとき、主治医が相談すべき人はどなたですか

いない場合はお書きいただかなくても結構です

お名前( ) ご関係( )

**16.ご家族の方へ伺います**

①不安な事・心配なことはありますか。

②スタッフへ相談したいことはありますか。