患者さん・ご家族用

緩和ケア病棟初診面談　問診票

緩和ケア病棟初診面談を受診するにあたり、お手数ですが以下の質問にお答えください。患者さん本人の意向を尊重したケアを心がけております。なるべく患者さんご本人、もしくはご本人の意向を確認できるご家族が記入してください。□にチェック(☑)もしくはその他の欄に、ご記入をお願いいたします。

記載者名：　　(続柄：　　)
記載日：　　年　　月　　日

患者氏名：　　(男・女)　　生年月日：　　年　　月　　日(　　才) 住所：　　電話番号：
ご本人のほかに今後の病状説明等で中心になられる方： 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿(本人との関係＿＿＿＿＿＿) 住所：　　電話番号：
関係医療機関： □入院中（病院名）＿＿＿＿＿＿＿＿ □施設入所中(施設名)＿＿＿＿＿＿＿＿ □自宅(通院先)＿＿＿＿＿＿＿＿ (訪問診療)＿＿＿＿＿＿＿＿ (訪問看護)＿＿＿＿＿＿＿＿
介護認定　□あり(介護度：要支援□１　□２／要介護□１　□２　□３　□４　□５) □申請中　□なし ケアマネジャー事業所：＿＿＿＿＿＿＿＿(担当者)：＿＿＿＿＿＿ 生活保護受給：□あり　□なし

① 当院の緩和ケア病棟初診面談は、どのような経緯で受診されましたか
□本人の希望　□家族の希望　□医療機関からのすすめ　□その他(　　)

② 緩和ケア病棟初診面談を受診される理由として当てはまるものを選んでください。(複数可)
□からだの「つらさ」を緩和してほしい
□こころの「つらさ」を緩和してほしい
□主治医から勧められたから
□自宅での家族の介護が難しい
□家族に迷惑をかけたくないから
□苦痛な症状がでたら入院したい
□その他(具体的に：　　)

③ 現在の病名と病状について、どのような説明を受け、ご理解されていますか
病名：＿＿＿＿＿＿＿＿
病状：＿＿＿＿＿＿＿＿
病状について　□すべて知りたい
□知りたくないことがある(具体的に：　　)

④ 現在がんに対しておこなっている治療はありますか
□治療はしていない
□治療をしている(□放射線治療　抗がん剤（□化学療法　□ホルモン療法　□免疫療法）
□民間療法や健康食品：　　）
→治療を受けているとお答えの方にお聞きします。
治療への期待についてご自分の気持ちに近いものをチェックしてください
□現在の治療で治るのではないかと期待している
□治らないだろうが、進行が遅くなったり腫瘍が縮小したりすると期待している
□その他(　　)

⑤ 現在「つらい」と感じられていることは何でしょうか(複数可)
□痛み　□だるさ　□食欲不振　□喉や口の渇き　□吐き気　□嘔吐　□便秘
□下痢　□動悸　□咳　□痰　□息苦しさ　□お腹の張り　□むくみ　□発熱
□眠れない　□不安　□気分が落ち込む　□その他(　　)

⑥ からだや気持ちのつらさ以外に、心配なこと、気になっていることはありますか(複数可)
□家族のこと　□経済的問題　□今後の療養場所　□在宅療養の準備
□その他(　　)

⑦ ご職業は何ですか(以前の職業も含む)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑧ 趣味や生きがい、大切にしている（してきた）こと、信じている事柄はありますか
趣味：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
生きがい：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
大切にしていること：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
信仰：□なし　□あり(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)
代理意思決定者（自分で判断ができなくなった時に任せる人）：＿＿＿＿＿＿＿＿

⑨ 入院するにあたり医師や看護師に望むことはありますか？
例：大きな声で話してほしいなど
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑩ お部屋についてのご希望をお聞かせください。全室個室で広さやアメニティに差があります。
□無料個室を希望　　□有料個室を希望
※無料希望でもまずは有料個室に入院していただき、希望者を順番に無料個室にご案内しています。公平な利用のため別途ルールを設けています。

ご記入ありがとうございました。
以上の内容についてご不明点がありましたら、受診時に遠慮なくお尋ねください。

東京慈恵会医科大学西部医療センター
緩和ケア病棟

生活のしやすさに関する問診票

スキャン済み□

記入日 20　　/　　/
記入者 □患者さん　□ご家族　□医療者（　　）
患者さんのお名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿

① 気になっていること、心配していることをご記入ください

	あり
症状や治療について、詳しく知りたいことや、相談したいことがある	□
経済的な心配や制度でわからないことがある	□
日常生活で困っていることがある（食事・入浴・移動・排泄など）	□
通院が大変	□

② 体の症状についてお伺いします

現在のからだの症状はどの程度ですか？

4	我慢できない症状がずっと続いている
3	我慢出来ないことがしばしばあり対応してほしい
2	それほどひどくないが、方法があるなら考えて欲しい
1	現在の状態に満足している
0	症状はない

③ 気持ちのつらさについてお伺いします

現在の気持ちのつらさについて、

最もあてはまる数字に○を付けてください。

最高につらい

中くらいにつらい

つらさはない



主な症状はなんですか？

④ 専門チームへの相談を希望しますか？

	希望する
■痛みなどからだの症状や気持ちのつらさに対応する緩和ケア医師、看護師	□
■経済的な問題や、制度の質問に対応する医療ソーシャルワーカー	□
■自宅での生活がしやすいように、利用できるサービスがあるかを相談したい	□

患者さんのお名前＿＿＿＿＿＿＿＿

5 以下の症状についてお伺いします。現在のからだの症状はどの程度ですか？

全くなかった ←→ これ以上考えられないほどひどかった

痛み（一番強いとき）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
（一番弱いとき）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
しびれ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
眠気（うとうとした感じ）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ（つかれ）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息切れ（息苦しさ）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

嘔吐	なし	1日に1回	2~5日/回	6回/日以上	睡眠	よく眠れる	時々起きるが眠れる	眠れない
便通	毎日	週4～6回	週1～3回	なし	⇒	硬い	ふつう	やわらかい	下痢
口の中の痛みや不快感	なし	あるが普段通り食べられる	食事の工夫が必要	十分に食事ができない				
その他に気になる症状								

6 これからもご自分らしく暮らしていくために、どんなふうに過ごしたいかお伺いします

■これまで何を大切に過ごされてきましたか？（たとえば、仕事、趣味、ご家族、暮らし、信念としていること、など）

■これからどのように過ごしていきたいですか？大事にしたいことはありますか？

7 将来に備え、もしものことを考えたことがありますか？差し支えなければご記入ください

■医療や介護やなどについて（たとえば、受けたい医療や受けたくない医療、介護保険、仕事のこと、身辺整理、療養場所、など）

■もしも、ご自分で意思表示ができない時、あなたに代わって判断を任せたい人はどなたになりますか？