

## 緩和ケア病棟 質問票【ご家族様記入用】

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 記入年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

|               |      |             |         |    |
|---------------|------|-------------|---------|----|
| ふりがな<br>記入者氏名 |      | 性別<br>男 ・ 女 | 年齢<br>歳 | 続柄 |
| 連絡先<br>(電話番号) | (自宅) | (携帯)        |         |    |

1. ご家族が緩和ケアを希望される理由は何ですか。(複数回答可)
 

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 苦痛な症状を楽にしてほしい | <input type="checkbox"/> がんの治療はせず、穏やかに過ごさせたい |
| <input type="checkbox"/> 自宅療養の準備がしたい   | <input type="checkbox"/> 本人が希望している           |
| <input type="checkbox"/> 家族が希望している     | <input type="checkbox"/> 主治医にすすめられた          |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |  |
  
2. ご家族は病名・病状について、どのようにお聞きになっていますか。
  - 1) 病名について
  
  
  
  - 2) 病気の状態について
  
3. 症状が落ち着いたら、自宅での療養を希望されますか。
 

|  |                              |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい            | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                              |
  
4. ご家族は患者様と、同居されていますか。
 

|  |  |                               |  |
|--|--|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> はい            |  |                               |  |
| <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ご家族の居住地 | <input type="checkbox"/> 木更津市          | <input type="checkbox"/> 君津市  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 富津市           | <input type="checkbox"/> 袖ヶ浦市 |  |
|  | <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                               |  |
  
5. その他、ご質問がありましたら、お書きください。