

緩和ケア病棟問診票（入院・転院患者様用）

緩和ケア病棟へ入棟するにあたり、今の状態について記入、または該当するところの口にチェックをいれてください。患者さまご本人が記入できない場合には、代理の方が記入してください。患者さまが口述できない場合には記入していただく必要はありません。よろしくお願いします。

この問診票の内容についての秘密は厳守し、看護の目的以外に使用することはありません。差支えない範囲でご記入ください。この用紙は病棟看護師にお渡しください。

お名前 _____ さま 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齢 _____ 性別 男・女

携帯電話番号 _____ 職業 _____ ID _____

代理記入者名 _____ さま 患者さまとの続柄（_____）

家族構成

名前	続柄	年齢	同居の有無	携帯電話番号	自宅電話番号	病院までの 所要時間	お住まい 例) 〇〇県・〇〇区 など
			同居・別居				
			同居・別居				
			同居・別居				
			同居・別居				
			同居・別居				
			同居・別居				

○緊急時の連絡先について○

連絡先を2カ所記入をお願いします

なお、患者さまとご同居の場合、住所のご記入は省略して頂いてかまいません。

①氏名 _____ 続柄（_____）

電話番号 _____ （自宅・携帯電話）

住所 〒 _____

②氏名 _____ 続柄（_____）

電話番号 _____ （自宅・携帯電話）

住所 〒 _____

1. 今の状態についてお尋ねします

①病名、現在の状態、今後の経過についてどのように説明を受けていますか？

病名 _____

病状について

②今の状況についてどのように思っていますか？

患者本人 _____

家族（ ） _____

既往歴

年齢・いつ頃から	病名	治療方法

体内金属	身体の中に金属は入っていますか？	なし・あり（ ）
アレルギー	今までにアレルギー症状を起こしたことはありますか？ 禁止されている薬物・食品などがありますか？	なし・あり（ ）薬品（ ） その他（ ） なし・あり（ ）

内服薬	現在服薬中のお薬があれば教えてください 内服の管理はどなたが行っていますか？ お薬の飲み間違えはありますか？	(_____) ご自身で・ご自身以外（どなたが管理していますか？） なし・あり（どのくらいの頻度で _____ ）
アルコール	お酒を飲みますか？ 頻度はどのくらいですか？ お酒の種類 1日の飲酒量	飲まない・飲む 毎日・週 _____ 日・月 _____ 日 ビール・焼酎・日本酒・その他（ _____ ） _____ ml・合
喫煙歴	たばこを吸いますか？ どのくらい吸いますか？ 禁煙した方へ	吸わない・吸う 1日 _____ 本・ _____ 年間 _____ 年前まで・1日 _____ 本・ _____ 年間
食事	食事形態はどんなご飯ですか？ 調理は誰がしていますか？ 2週間以上続いている症状 1年以内の体重の増減 1日の食事回数 間食はしますか？ 好きな食べ物 嫌いな食べ物 1日の水分摂取量	普通食・お粥・流動食・治療食 _____ 自分・配偶者・父・母・子供（ _____ ）・その他（ _____ ） なし・腹痛・食欲不振・悪心・嘔吐・むくみ・飲み込みにくさ・噛みにくさ・その他 _____ なし・あり（＋・－ _____ kg） （1・2・3） _____ 回 しない・する _____ 回 _____ _____ _____ ml
入れ歯	入れ歯はありますか？	なし・あり（部分・総）（上のみ・下のみ・上下）
排泄（便）	排便回数 最終排便 便の性状 排便についての問題 下剤（内服・座薬・浣腸）の使用	_____ 回／ _____ 日 _____ 月 _____ 日 普通便・軟便・硬便・下痢便・その他（ _____ ） なし・残便感・便秘・下痢・失禁・その他（ _____ ） なし・あり（何をいつ使うか？） _____
排泄（尿）	排尿回数 夜間の排尿回数 排尿について おむつの使用	_____ 回／1日 _____ 回 なし・残尿感・尿失禁・尿意が頻回 なし・あり（開きおむつ・リハビリパンツ・尿とりパッド）
歩行	活動補助具はありますか？ 最近転んだことはありますか？	なし・あり（松葉杖・杖・歩行器・シルバーカー・車いす・その他 _____ ） なし・あり（いつ・どんな風に _____ ）

睡眠	睡眠時間はどのくらいですか？ 眠るために薬を使っていますか？ 睡眠に問題がありますか？	_____時に就寝～_____時に起床 なし・あり（薬品名_____） なし・寝つきが悪い・途中で目が覚める・ほとんど眠れない・その他（_____）
視力障害 視力補助具	視力に問題がありますか？ 視力補助具は使っていますか？	なし・近視・遠視・老眼・その他（_____） なし・眼鏡・老眼鏡・コンタクトレンズ・その他（_____）
聴力障害 聴力補助具	聴力に問題がありますか？ 補聴器は使っていますか？	なし・やや難聴（右・左）・難聴（右・左） なし・あり（右・左・両方）
生活環境	入院前の住居 段差や階段はありますか？ 介護認定は持っていますか？ 介護サービスを活用していますか？ ケアマネージャーはいますか？	自宅：戸建て・マンション（_____階・エレベーター なし・あり）、施設（_____）、病院（_____）、 その他（_____） なし・あり（どこにどのくらい_____） なし（未申請・申請中） あり（要支援１・２、要介護１・２・３・４・５） なし・あり（デイサービス：週_____回・_____曜日、ヘルパー：週_____回・_____曜日、訪問看護：週_____回・_____曜日、訪問リハビリ：週_____回・_____曜日、訪問診療：週_____回・_____曜日、その他_____） なし・あり（名前_____連絡先_____）

2. 緩和ケア病棟についてお尋ねします

①緩和ケア病棟に希望するのはどのようなことですか？（複数回答可）

- ☐ 痛みなどの苦痛をとってほしい
☐ 家族とゆっくり過ごしたい
☐ 病室で静かに過ごしたい
☐ 車いすで散歩がしたい
☐ お酒を飲みたい
☐ その他 _____

②落ち着いたら自宅での療養を希望されますか？

- ☐ はい（自宅で過ごしたい）
☐ いいえ
 （病院で過ごしたい・どうしたらいいかわからない・決まっていない、決められない）
☐ 外出、外泊程度ならしてみたい

3. ご本人についてお尋ねします

①一番大事にしてきたこと、一番気にされてきたことは何ですか？

②意思を決定するときに重要だと思っていることは何ですか？

☐自分の意思

☐家族の希望

☐その他 _____

③自分で何かを決めることが出来ない場合には誰に決めてほしいですか？

名前 _____ 続柄 (_____)

④信仰している宗教や大事にしている習慣はありますか？

⑤具合が悪くなった際や急変時、お看取りの時は個室（有料）を希望されますか？

はい

いいえ

・個室利用の場合・・・個室での宿泊が可能です。また面会時間の制限が2床、4床部屋に比べて緩やかなのでご家族とゆっくりと過ごすことができます。

・4人床部屋の場合・・・急変時、お看取りの際には処置室に移動します。

上記どちらとも、宿泊をご希望の際には家族控室をご利用いただけます。

病室の空き状況により、個室、2人床4人床部屋のご希望はいつでも変更可能です。スタッフまでご相談ください。