

＜緩和ケア科問診票＞ ＊患者様のご様子を伺うためにご本人、ご家族の方へ次の質問にご協力をお願いします＊

※用紙の1枚目は必ずご記入をお願いします

この質問票は、当院における個人情報の利用目的に則って取り扱います。他の医療機関への情報提供について、同意したい事項がある場合には、その旨をお申し出下さい。お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。

ふりがな	部屋の希望 ( <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特別室 )
氏名	平成 年 月 日 記入
生年月日 ( 明・大・昭・平) 年 月 日 歳	記載者 患者様との続柄
疾患名	連絡先 (緊急時に連絡のつく電話番号を2ヶ所お書きください) 1) 名前 続柄 2) 名前 続柄 3) 名前 続柄
<p>例)</p> <p>本人○才</p> <p>├── 長男○才</p> <p>妻○才</p> <p>職歴： 趣味：</p> <p>家族の援助体制を教えてください。</p> <p>一番頼りにしている方は誰ですか？</p>	<p>左図のように家族構成を記入してください。同居者は○で囲んでください。</p> <p style="text-align: right;">【 7 】</p>
<p>睡眠剤使用： <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (毎日・眠れないとき)</p> <p>食事： <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>介助が必要</p> <p>排泄： <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>介助でトイレに行ける <input type="checkbox"/>ポータブルトイレ <input type="checkbox"/>尿器 <input type="checkbox"/>便器 <input type="checkbox"/>オムツ</p> <p>歩行： <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>杖 (歩行器) が必要 <input type="checkbox"/>車椅子が必要 <input type="checkbox"/>できない</p> <p>入浴： <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>すべて介助</p> <p>呼吸：酸素療法 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (酸素量 L/分)</p> <p style="text-align: right;">【 4 】</p>	
<p>◎性格</p> <p>ご本人：</p> <p>ご家族：</p> <p>◎病気 (病名・病状) についてどのように把握していますか？</p> <p>ご本人：</p> <p>ご家族：</p> <p>◎緩和ケア病棟入院についてどのように考えていますか？</p> <p>ご本人：</p> <p>ご家族：</p> <p style="text-align: right;">【 6 】</p>	
<p>◎緩和ケア病棟に何を希望しますか。</p>	

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg 食欲: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 食事回数 ( ) 回/日 義歯: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【2】	視力障害 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) *眼鏡 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 聴力障害 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) *補聴器: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
排尿 ( ) 回/日 夜間排尿 ( ) 回/日 ・気になる症状はありますか。 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 尿が近い <input type="checkbox"/> 尿の勢いが弱い <input type="checkbox"/> 残尿感 <input type="checkbox"/> 排尿痛 排便 ( ) 回/日 最終排便 ( / ) 【3】	麻痺の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (右・左 ) 会話 : <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない *認知障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【5】
嗜好品について ・タバコを吸いますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 本/日 年間 ・お酒は飲みますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 毎日 ・週 ( ) 回) 【1】	
転倒・転落したことがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつ頃: 体に傷や床ずれがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位: 【11】	
現在、これらの症状がありますか。ある方は○で囲んでください。 痛み かゆみ はきけ だるさ その他 ( 内容: ) 部位: 【12】	
病気や治療、入院生活における不安や悩みはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容: ストレスを発散する方法はありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容: 【9】	
宗教の習慣やしきたり上、入院で困ることはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容: ドナーカードをもっていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 【10】	
◎お知らせしたいことや心配なことがありましたらご自由にお書きください。	

ご協力ありがとうございました。

盛岡赤十字病院 看護部

平成 29 年 7 月