

緩和ケア科 問診票

ID: _____

受診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 身長 _____ cm、体重 _____ kg

氏名 _____ 男・女
 生年月日 : 昭和・平成・令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢: _____ 歳

1. 現在つらいと感じていることはありますか。(ある ・ ない)
 「ある」に○をつけた方は、今、どのように感じていますか。最も当てはまる数字に○をつけてください。

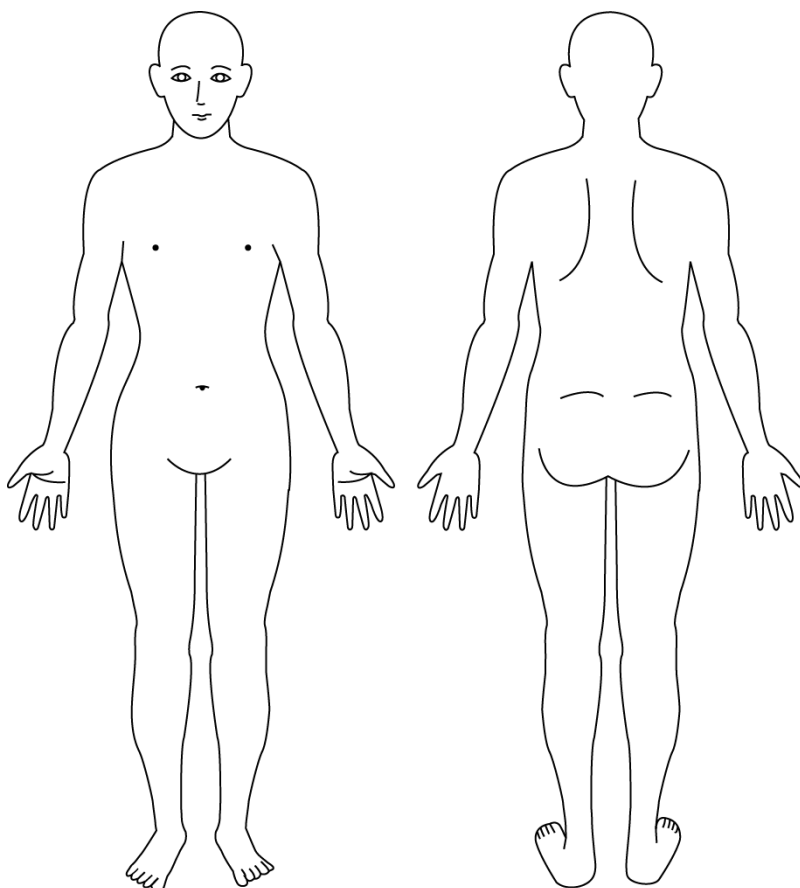
(なし) (最もひどい)

痛み	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
息苦しさ	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
便秘	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
だるさ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
不眠	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
眠気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
気分の落ち込み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
不安	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

他の症状(具体的にご記入ください)

[_____] 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

図のなかで、痛みがある場所に○を、
しびれがある場所に斜線をつけてください。



2. 一番つらいと思っている症状は、いつから、どのような状態ですか。

一番つらいと思っている症状()
(具体的に書いてください。)

3. 現時点での病気・病状についてどのように説明されていますか。

病名()
病状()
かかりつけの病院・診療科()

4. 今までにかかった病気や治療中の病気があれば☑をつけてください。

高血圧 糖尿病 喘息 肺炎 結核 腎臓病 肝臓病 心臓病
不整脈 脳梗塞 その他()

5. 飲酒に関して、当てはまるものに☑をつけてください。

以前から飲まない 以前は飲んでいたが、今は飲まない
毎日飲む 1日量() 時々飲む 付き合い程度

6. タバコに関して、当てはまるものに☑をつけてください。

吸わない 以前は吸っていたが、今は吸わない:吸っていた時(_____ 本/日 × _____ 年間)
吸う(_____ 本/日 × _____ 年間)

7. 緩和ケア外来を紹介された経緯について教えてください。当てはまるものすべてに☑をつけてください

治療の効果が期待できなくなったと言われたため 医師の勧め 患者さんご本人の希望
ご家族の希望 その他()

8. ご自身の病状について、良くないことも含めて全て知っておきたいと思いませんか。当てはまるものに☑をつけてください。

すべて知りたい 良いことは知りたいが、悪いことは知りたくない
自分の質問したことだけ知りたい 知りたくないのだから家族に話して欲しい よく分からない

9. 病気のこと以外で心配なことはありますか。 (ある ・ ない)

「ある」に○をつけた方は、以下の当てはまるものに☑をつけて具体的にご記入ください

家族のこと 仕事のこと 経済的なこと その他

10. 当院の緩和ケアにどのようなことを希望されますか。当てはまるものすべてに☑をつけてください。

身体のだらさを緩和して欲しい 精神的なだらさを緩和して欲しい
在宅療養のサポートをして欲しい その他()

ご記入ありがとうございました。