

患者氏名

(ID)

記入された方

(続柄)

- この用紙は、良い援助を考えるためにお尋ねしております。お手数ですがご協力をお願い致します。
- 出来る限り、「ご本人・状況を最も詳しく把握している方」が、ご記入いただくようお願い致します。
- 今後に向けた考えをお尋ねする項目もございますが、今のお気持ちやお考えで構いません。

【症状や困りごとについて】 当てはまるものに☑を入れてください

	「0=症状が全くない 10=症状が最もひどい」として 今の状況にあてはまる数字に○を付けて下さい										
痛み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ(元気がでない)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
眠気	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
食欲不振	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
気持ちの落ち込み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
不安(落ち着かない)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
便秘	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
全体の調子	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
その他()	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
上記で表現が難しい症状などがございましたらご記入ください ※痛い場所等は次頁の図に書き込んでください											

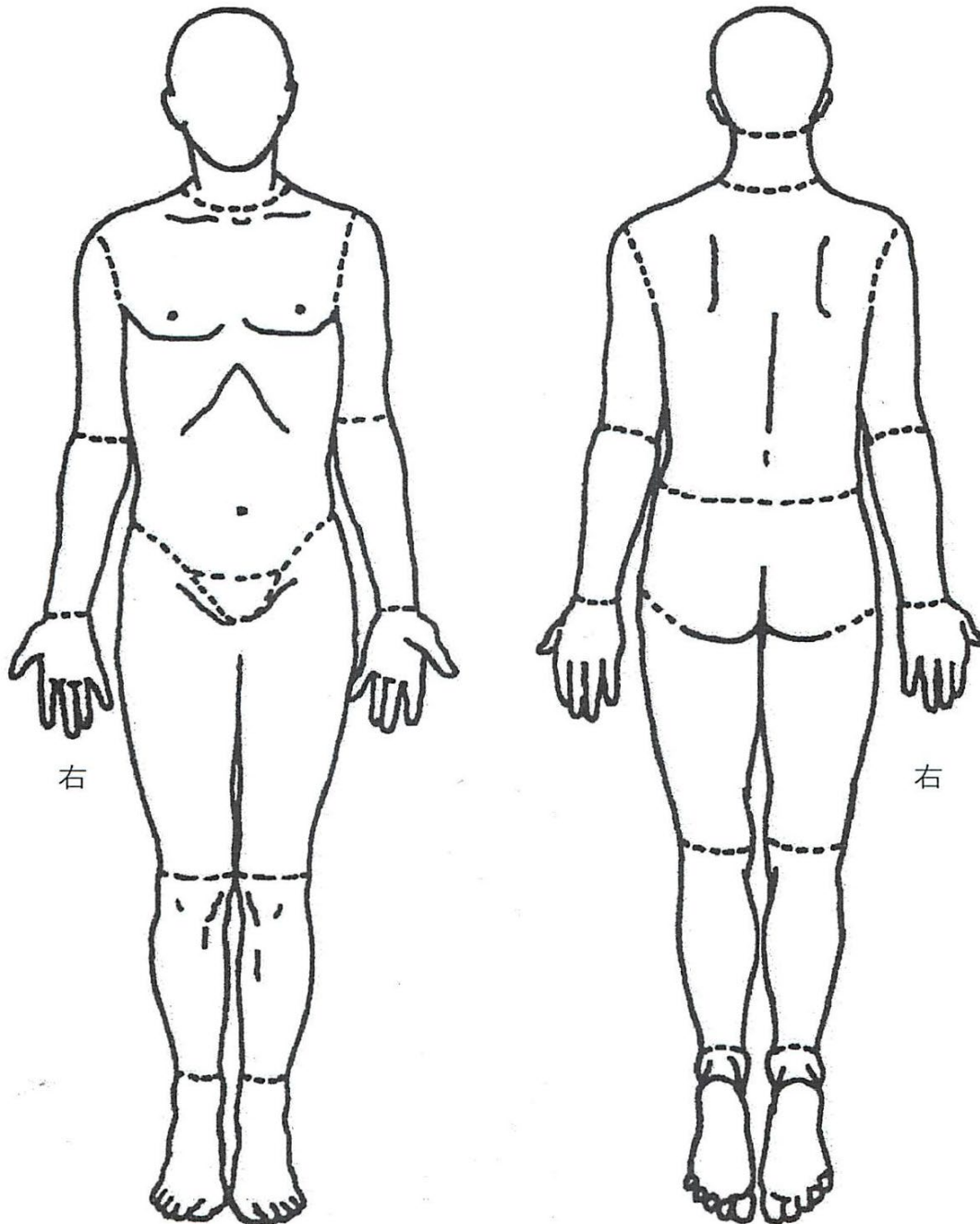
【生活の様子について】 当てはまるものに☑を入れてください

	全て一人で できる	半分くらいで きる	多くのことに手 伝いが必要	全ての手伝いが必 要(又はできない)	わからない
着替える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴・体を拭く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起き上がる・横になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
立ち上がる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
車椅子などへ移る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歩行する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【体のつらい部分を○で囲ってください】

可能であれば、どのような辛さか、どのように辛いのか、など具体的に記入をお願いします

記入例：ズキズキするような痛み、会話の途中で息が苦しくなる など



【これまでに受けた病状説明などについて】

これまでに、 ご本人が受けた説明	病名 : _____ 転移や状態 : _____ _____ 今後の見通し: _____ _____ _____
これまでに、 ご家族が受けた説明	病名 : _____ 転移や状態 : _____ _____ 今後の見通し: _____ _____ _____

【今後の病状説明などはどなたが受けますか】 当てはまるものに☑を入れてください

	良い話も悪い話も全て聞く	大まかな内容でよい	聞かなくてよい
本人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族・パートナー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他(ご本人からみたご関係など)			

【意思決定について】

病状の進行などにより、ご本人(患者)の 意思表示が難しくなった場合、 代理で決定を行う方はどなたですか	① 代理人氏名:
	② ご関係 :
	③ 他の関係者様も代理者が①で同意している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【今後に向けた考え・気持ちについて】 当てはまるものに☑を入れてください

	本人	家族
治療方針について	<input type="checkbox"/> がんの治療を継続する <input type="checkbox"/> 緩和ケア科中心でよい	<input type="checkbox"/> がんの治療を継続する <input type="checkbox"/> 緩和ケア科中心でよい
療養の場所について	<input type="checkbox"/> 自宅で過ごしたい(入院したくない) <input type="checkbox"/> 自宅で過ごして、状況により入院する <input type="checkbox"/> できるだけ入院したい <input type="checkbox"/> 他院や療養施設で過ごしたい	<input type="checkbox"/> 自宅で過ごしたい(入院したくない) <input type="checkbox"/> 自宅で過ごして、状況により入院する <input type="checkbox"/> できるだけ入院したい <input type="checkbox"/> 他院や療養施設で過ごしたい

【今後に受ける医療行為について】 当てはまるものに☑を入れてください

※各々の医療行為について、現時点のお考えを伺うもので最終判断となる訳ではありません。

	希望する	希望しない	医療者と相談 して決めたい	医療者の判 断に任せる	今は考えたくない 又はわからない
食べられなくなった場合の栄養・投薬経路					
胃ろう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中心静脈ラインの確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
末梢(皮下)ラインの確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎不全治療					
血液透析を受ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎瘻や膀胱瘻をつくる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
尿管ステントを入れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内視鏡的治療					
止血処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
減黄(黄疸治療)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通過障害の改善	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
放射線治療					
止血目的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状緩和目的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心不全治療					
昇圧薬の投与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
輸血治療					
一時的に必要と予測される場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
継続的に必要と予測される場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他					
鎮静 (投薬により眠ること)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 救命処置「人工呼吸、心臓マッサージ」を行わないことについては、緩和ケア科受診時の方針を継続します。