

緩和ケアに関する問診票

NO.1

記入日: 令和 年 月 日
 記入者: 続柄()

氏名(フリガナ):	性別:	生年月日:	年齢:
	男・女	T・S・H 年 月 日	歳

住所:	電話番号:
-----	-------

連絡先: ※できるだけ2名以上ご記入下さい

①氏名[] 続柄[] 電話番号[]

②氏名[] 続柄[] 電話番号[]

◇ご家族について教えてください ※該当する項目に○、もしくは記入をお願いします

続柄	性別	年齢	生死	同居の有無 (別居の場合は、お住いの市町村をご記入下さい)	※担当者記入欄
父	-	歳	生・死	同居・別居()	
母	-	歳	生・死	同居・別居()	
配偶者	男・女	歳	生・死	同居・別居()	
子ども	男・女	歳	生・死	同居・別居()	
	男・女	歳	生・死	同居・別居()	
	男・女	歳	生・死	同居・別居()	
兄弟 姉妹	男・女	歳	生・死	同居・別居()	
	男・女	歳	生・死	同居・別居()	
	男・女	歳	生・死	同居・別居()	
	男・女	歳	生・死	同居・別居()	
	男・女	歳	生・死	同居・別居()	

◇介護保険やサービスの利用について教えてください

介護保険はお持ちですか?
未申請 申請中 認定あり (要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 非該当)

ケアマネージャー
無 有 [事業所名:] 担当者名:] 連絡先:]

利用しているサービスがありましたら教えてください

訪問看護[事業所名:] 往診医[病院/診療所名:]

訪問介護[事業所名:] デイサービス/デイケア[]

◇ご本人の普段の生活について教えてください

勤務状況: <input type="checkbox"/> 在職中 職種() <input type="checkbox"/> フル勤務 <input type="checkbox"/> 時々休んでいる <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 退職した いつ頃()	大切にしていることや楽しみにしていること (趣味、日課など)
生活歴: 喫煙 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 今はしていない(歳まで) <input type="checkbox"/> する (/本) (年間) : 飲酒 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 今はしていない <input type="checkbox"/> する (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 /量 ml)	

※NO2へ続きます

・病気や病状について医師から説明を受けていますか？

ご本人：はい いいえ ご家族：はい いいえ

・今後の見通しについて医師から説明を受けていますか？

ご本人：はい いいえ ご家族：はい いいえ

・緩和ケアについて、医師から説明を受けていますか？

ご本人：はい いいえ ご家族：はい いいえ

・緩和ケアにどのようなことを希望されますか？

- 体のつらさを緩和してほしい 気持ちのつらさを緩和してほしい
- 在宅療養のサポートをしてほしい 今後の見通しについて知りたい
- 緩和ケアでどのようなことができるか知りたい
- その他、質問や気がかりなどあればご記入ください

◇現在、体のつらさがありますか？（複数回答可）

- 体のつらさはない 痛み[部位： _____]
- 眠れない 息苦しい 咳が出る 食べられない
- 吐き気 吐く お腹が張る 便秘
- だるい むくみ その他[_____]

◇現在、気持ちのつらさがありますか？（複数回答可）

- 気持ちのつらさはない 不安がある 気持ちが落ち込む イライラする
- 孤独感がある 考えがまとまらない 人に会いたくない 充実感がない
- 周囲に関心が持てない 死にたいと思う 人の世話を受けるのがつらい
- その他[_____]

気持ちのつらさがある方は、以下の表を記入してください

1 この1週間の気持ちのつらさを平均して、数字に○を付けてください。

最高につらい

中くらいにつらい

つらさはない



2 その気持ちのつらさのためにどの程度、日常生活に支障がありましたか？

最高に支障がある

中くらいに支障がある

支障はない

