

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: 男・女	生年月日: T・S・H 年 月 日	年齢: 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[]

◇アレルギーはありますか。どちらかに○を入れてください。 あり・なし
「あり」の方は、具体的にご記入ください。

食物()	薬剤()	その他()
-------	-------	--------

◇今までかかった病気や手術などについて教えてください。(既往歴)

歳頃	病名【 】	内服薬のみ・入院・手術
歳頃	病名【 】	内服薬のみ・入院・手術
歳頃	病名【 】	内服薬のみ・入院・手術
歳頃	病名【 】	内服薬のみ・入院・手術
歳頃	病名【 】	内服薬のみ・入院・手術

◇今、現在の病気や病状について教えてください。(現病歴)

・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： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ご家族： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ご家族： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ご家族： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・緩和ケアにどのようなことを希望されますか <input type="checkbox"/> 体のつらさを緩和してほしい <input type="checkbox"/> 気持ちのつらさを緩和してほしい <input type="checkbox"/> 在宅療養のサポートをしてほしい <input type="checkbox"/> 今後の見通しについて知りたい <input type="checkbox"/> 緩和ケアでどのようなことができるか知りたい <input type="checkbox"/> その他、質問や気がかりなどあればご記入ください	

2023.8.1改訂

□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[_____]	

◇痛みについて教えてください。一番痛かった時を10として、全く痛くなければ0としたら、
今現在の痛みはどれくらいですか。下の数字に○をして下さい。

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

◇痛みがある時に何かをすることで痛みを緩和していますか。(例:痛み止めを飲む、安静にする。等)

◇現在、気持ちのつらさはありませんか。(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



◇ご本人の普段の生活について教えてください。

NO.3

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)	

◇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 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定あり (<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 非該当)
ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 訪問看護[事業所名:] <input type="checkbox"/> 往診医[病院/診療所名:] <input type="checkbox"/> 訪問介護[事業所名:] <input type="checkbox"/> デイサービス/デイケア[]

2023.8.1改訂