

緩和ケア相談外来 事前確認シート

外来予約日（必須）

- 年 月 日

患者氏名（必須）

フリガナ：

- お名前：

生年月日（必須）

- 年 月 日（満 才） ☐男 ☐女

連絡先（必須）

- 住 所：
- 電話番号：
- メールアドレス：

面談の同席予定（必須）

- ☐ 本人のみ
- ☐ ご家族等の同席あり
- ☐ ご家族のみ（続柄：）

現在の状況について

現在治療を受けている医療機関名（任意）

[]

診断されている病気（必須：わかる範囲でご記入ください）

[]

現在の療養場所（任意）

- ☐ 自宅
- ☐ 病院入院中
- ☐ 介護施設
- ☐ その他

[

]

今回相談したい内容（**必須**：複数選択可）

- ☐ がんと診断されて今後のことが不安
 - ☐ 病気について相談したい
 - ☐ 痛みやつらい症状について相談したい
 - ☐ 気持ちの落ち込みや不安について相談したい
 - ☐ ご家族の心配や介護について相談したい
 - ☐ 今後の療養生活について相談したい
 - ☐ 在宅療養について知りたい
 - ☐ 緩和ケア病棟について知りたい
 - ☐ 入院を検討している
 - ☐ その他
- （自由記載）

現在困っていること（**必須**）

現在、最も困っていることを教えてください。

（例：痛みが辛い、今後の不安、家で過ごせるか知りたい など）

[

]

患者さんの状態について（任意）

現在あてはまるものを選択してください。

現在の状態

- ☐ 普段どおり生活できる
- ☐ 外出は減ったが身の回りのことはできる
- ☐ 日中の半分以上をベッドで過ごす

つらい症状は（複数選択可）

- ☐ 痛み ☐ 息苦しさ ☐ 強いだるさ ☐ 不眠 ☐ 不安 ☐ 食欲低下 ☐ 歩行困難
- ☐ その他

[

]

緩和ケア病棟への希望

今回のご相談にあたり、あてはまるものを選択してください。

- ☐ 緩和ケア病棟への入院を検討している
- ☐ 将来的な入院を考えている
- ☐ まず話を聞いてみたい
- ☐ まだ決めていない

緩和ケア病棟見学について

緩和ケア病棟見学を希望しますか。

- ☐ 希望する
- ☐ 相談して決めたい
- ☐ 希望しない

この相談外来をどちらでお知りになりましたか。（任意）

- ☐ 当院ホームページ
- ☐ 主治医からの紹介
- ☐ がん相談支援センター
- ☐ ご家族・知人
- ☐ その他

【緩和ケア相談外来について】（必須）

安心してご相談いただくため、あらかじめ以下をご確認ください。

当外来は、患者さんやご家族が抱える不安や悩みについて、緩和ケアの視点から情報提供や助言を行う相談のための外来になります。

- 本相談外来は保険診療ではなく、自費相談（5,000 円・税込）です。
- 本相談外来では、診察・検査・処方などの医療行為は行いません。現在受けている治療に関する医学的判断や治療方針については、主治医にご相談ください。
- 本相談外来の受診をもって、当院で継続して診療を行うことをお約束するものではありません。
- 病状の急変時や緊急時の対応（夜間・休日を含む）は行っておりません。症状の悪化や緊急の場合は、現在の主治医または救急医療機関へご相談ください。
- 緩和ケア病棟への入院を希望される場合でも、病状や病床状況等によりご希望に沿えないことがあります。

☐ 上記内容を確認し、理解したうえで申し込みます。

ご署名
