

## 緩和ケア病棟 アンケート

患者さん・ご家族にご記入をお願い致します。

(フリガナ)		
お名前： _____	年齢： _____	
生年月日： _____年 _____月 _____日		
記載者： _____	患者様との続柄： _____	
連絡先：(緊急時に連絡のつく電話番号をお書きください)		
1)	名前	続柄
2)	名前	続柄

1. 現在のつらいと感じられていることはありますか。ある方は○で囲んでください。

痛み	はきけ	だるさ	かゆみ	息苦しさ
むくみ	眠れない	気分が落ち込む	不安が強い	
その他 ( )				

2. 病気について心配なことやお聞きになりたいことはありますか

はい ・ いいえ

3. 病気以外で心配なことはありますか。ある方は○で囲んで下さい。

家族                  仕事                  経済的なこと  
その他 ( )

4. よく相談する人はどなたですか：

5. 緩和ケア病棟にどのようなことを希望されますか

- ( ) 身体のつらさを緩和してほしい
- ( ) 精神的つらさを緩和してほしい
- ( ) その他 ( )

6. お知らせしたいことや心配なことがありましたらご自由にお書きください

記載日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

記載者： 氏名(署名) \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_

ご記入ありがとうございました。