

ホスピスを希望される患者様へ

（ご本人のご記入が困難な場合は、代理の方にご記入をお願いします。）

氏名： _____ 性別： 男 ・ 女 年齢： _____ 歳
 （代理の方のお名前： _____ ）

1) 現在の病気について、どなたからどのようにお聞きですか？

病 名： _____
 どなたから： _____
 病 状： _____

2) ホスピスを希望される理由を教えてください。

- ☐ 現在の苦痛を取ってほしい
☐ 苦痛を伴う治療を希望しない
☐ 主治医に勧められたから
☐ 最初からホスピスでの治療を受けようと考えていた
☐ その他： _____

3) 今つらいことは何ですか？

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 痛み | ☐ だるさ | ☐ 吐き気 | ☐ 吐く |
| ☐ 咳 | ☐ 痰 | ☐ 息苦しい | ☐ 食欲不振 |
| ☐ お腹が張る | ☐ むくみ | ☐ 眠れない | ☐ 気分が落ち込む |
| ☐ 不安 | ☐ その他： _____ | | |

4) 現在の病気についてお聞きになりたいことを教えてください。

- ☐ 正確な病名を教えてください
☐ 病状の説明を受けたい
☐ 今後の見通しを知りたい
☐ 苦痛はどの程度とれるか
☐ ホスピス病棟での治療内容を知りたい
☐ 今受けている治療を続けられるか（民間療法、健康食品、免疫療法など）
☐ その他： _____

5) 苦痛な症状がとれたら自宅での生活を希望されますか？

- ☐ はい ☐ いいえ ☐ その他： _____

6) その他お聞きになりたいことがありましたらお書き下さい。

ご記入年月日： 年 月 日

ご記入ありがとうございました