

## 救世軍清瀬病院 ホスピス・緩和ケア病棟入院相談表（ご家族用）

ふりがな 患者氏名	男 女	職業（元）	経済状況 給与・年金・その他
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日（ ）才
住所	〒 電話（ ）		
住居環境	集合住宅__階（エレベーター 有・無）／一戸建て（平屋・__階建て・その他）		
ふりがな 相談者名	職業（ ） （ ）才 関係（ ）		
住所	〒		
連絡先	Tel（ ）		
緊急連絡先	昼間（ ）／夜間（ ）		

### 質問項目

1.	ご本人のコミュニケーション状況
会 話	（ できる 話せないが通じる 単純なことのみ通じる 理解できない ）
聴 力	（ 普通 大きな声で聞こえる 耳元の大きな声で聞こえる ほとんど聞こえない 補聴器使用 ）
認知症の傾向	（ ない ややある ある（具体的に） ）
2.	病気（病名・病状）について、いつ、誰から、どのように説明をうけましたか。
	いつ： 誰から：
	内容：
3.	病気に関する説明や病気に対する理解は、ご本人と同じだと思いますか。
	同じと思うところ 違うと思うところ
4.	ホスピス・緩和ケア病棟を希望される理由をお教え下さい。
5.	相談者以外で介護・看護が可能な方はどなたですか。
	名前（ ）関係（ ）／名前（ ）関係（ ）／名前（ ）関係（ ）

記入日 年 月 日

記入者 < ご本人との関係（ ） >