

あなたのご希望を尊重いたします

救世軍清瀬病院 ホスピス・緩和ケア病棟入院相談表（ご本人用）

1. 病気（病名・病状）についていつ、誰から、どのような説明をうけましたか。	いつ頃： 誰から： 内 容：
2. ホスピス・緩和ケア病棟について、どのような説明を受けていますか。	
3. ホスピス・緩和ケア病棟への入院を希望される理由を、なるべく詳しくお教え下さい。	
4. 現在、困っていることはなんですか。 (身体の事、家族の事など、なんでも)	
5. 今後、病気のことなどの説明を受けるのは、どなたを希望されますか。	ご本人とご家族 ・ ご本人のみ ・ その他 (説明を受ける方の名前)
6. 意思決定を委ねられる方・療養にあたって中心となる方はどなたですか。	名前 関係
7. ご家族の構成	
8. 宗 教	無 有 ()
9. 尊厳死協会・献体などへの加入	無 有 ()
10. 部屋の希望	・ 有料個室 (期間制限なし・ () ヶ月まで可能) ・ 無料室 ・ 早い方 * 無料室および有料期間終了後は、ご病状により部屋移動をしていただくことがあります。ご了承ください。
11. その他（ご質問など）	

記入日 年 月 日

記入者 本人 ・ 代筆 <代筆者氏名

ご本人との関係 () >