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 うけていますか。	
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 （必ずご記入下さい）	（有料個室・無料室・有料でも無料でも早く空いた方） 差額負担可能な期間（期間制限なし・（　　）ヶ月まで） ＊無料室および差額負担期間の終了後は、ご病状により病棟の判断で 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（　　）＞

2019.4 医療相談室作成