

ご本人の状態について

移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器／シルバーカート <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
食事	<input type="checkbox"/> 口から食べている(一人・介助) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう/経鼻チューブ
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門
会話	<input type="checkbox"/> 問題なく成立 <input type="checkbox"/> つじつまの合わないことがある <input type="checkbox"/> 話せない

現在、からだや気持ちのつらさで感じていることや困っていること（複数回答可）

<input type="checkbox"/> 痛み（部位： _____ ）	<input type="checkbox"/> だるさ	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発熱		
<input type="checkbox"/> 食べられない	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> お腹の張り	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> かゆみ
<input type="checkbox"/> 眠れない	<input type="checkbox"/> 眠気がある	<input type="checkbox"/> 皮膚のしこり/がんによる傷（部位： _____ ）				
<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 焦り	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込む	<input type="checkbox"/> いら立ち			
<input type="checkbox"/> 人に会うことがつらい	<input type="checkbox"/> 人の世話を受けることがつらい	<input type="checkbox"/> 自分を責めてしまう				
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						

緩和ケア病棟を希望した理由、緩和ケアに期待すること

ご本人の気持ち	
ご家族の思い	

病気や病状について、医師から説明を受けていますか

ご本人	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	ご家族	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-----	--	-----	--

余命（残りの時間・今後の見通し）について、医師から説明を受けていますか

ご本人	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	ご家族	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-----	--	-----	--

緩和ケア病棟では、延命処置、蘇生処置（心臓マッサージや気管内挿管、人工呼吸器装着）は行わずに、がんの自然経過について見守る立場をとらせて頂きます。同意いただけますか。

ご本人	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意できない	ご家族	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意できない
-----	---	-----	---

病室のご希望について

注意 緊急入院の場合はご希望に沿えず有料部屋へのご案内となる場合があります

<input type="checkbox"/> 有料部屋（日額税込み22000円）を希望	<input type="checkbox"/> 無料部屋のみを希望
<input type="checkbox"/> 早く入院したいので有料部屋へ入院するが、入院後は部屋が空き次第、無料部屋へ移動を希望	