

市立秋田総合病院

緩和ケア質問票（ご家族用）

【記入日】 年 月 日

【患者さんのお名前】 _____ 【年齢】 _____ 歳

【記入される方のお名前】

【患者さんとのご関係】 _____

1. ご家族の方は患者さんの病気について主治医からどのように説明を受けましたか。
病名 ()

- ## 2. 緩和ケア病棟への入院は

☐患者さんが希望した ☐家族が希望した☐主治医が勧めた

その他 ()

3. 患者さんご本人は病名を知っていますか ☐ はい ☐ いいえ

「いいえ」のかたにお聞きします。ご本人が知らない、または知らされていない理由をお書きください。

4. 今後の治療や療養場所についてご希望がありましたらお書きください。

ご記入ありがとうございました。

この用紙は紹介状、緩和ケア質問票(医師用)とともに、地域医療連携室より FAX でお送りください。