

# ひまわり在宅クリニック ご質問票

\*わかる範囲で結構ですのでご記入をお願いいたします。

ご記入者	氏名	続柄	記入日
患者さん	氏名	フリガナ	性別 年齢 歳
ご家族構成	お名前	続柄	同居／別居(居住場所、例：関東) 介護への参加について
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( ) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 難しい
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( ) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 難しい
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( ) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 難しい
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( ) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 難しい
同居以外の 支援可能者	お名前	続柄	備考(お住まいの場所、介護支援の可能性など)
現在の症状	<input type="checkbox"/> 痛み(程度、場所 ) <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感		
	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 腹部不快 <input type="checkbox"/> 膨満感 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘		
	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 歩行障害		
	その他:		
生活の状況	日中横になっている時間( 時間) 食事( <input type="checkbox"/> 自立/ <input type="checkbox"/> 介助) 排泄( <input type="checkbox"/> 自立/ <input type="checkbox"/> 介助)		
	入浴( <input type="checkbox"/> 自立/ <input type="checkbox"/> 介助) 移動( <input type="checkbox"/> 自立/ <input type="checkbox"/> 介助)		
	その他:		
ご希望事項	<input type="checkbox"/> 在宅での訪問診療・往診をしてほしい。 <input type="checkbox"/> 症状を解決してほしい		
	<input type="checkbox"/> 在宅診療開始後もこれまでの病院にも通院したい。 <input type="checkbox"/> 緩和ケアについて相談したい。		
	<input type="checkbox"/> 在宅医療とはどういうものかを相談したい。		
	※ケアの内容にご希望があればお書きください(今現在でのご希望で結構です)。		
	例1)無理に点滴など行わず自然に見守りたい。 例2)内服などにより可能な範囲で抗癌治療を続けたい。など		
主な治療先	病院	診療科	主治医
	時期	治療内容	
主な 治療経過			
最近、病気について担当医からどんな説明をうけましたか？			
使用中の 主な薬			
治療中の 他の病気	病名	病院名	
	病名	病院名	