

町田市民病院 緩和ケア病棟への入院を希望される方へ

緩和ケアは、病気の治癒を目的とするものではなく、がんと共に生きる患者さんとご家族の痛みや苦しみを和らげる医療です。辛い症状を緩和することで生きる勇気や希望が生まれ、穏やかな生活を送ることができます。緩和ケア病棟は、患者さんとご家族が「1日1日をその人らしく豊かに生きること(生活すること)」をサポートします。

入院の対象となる要件

1. 手術、抗癌剤治療、放射線治療などを行わずに以下の症状緩和を希望されていること
症状緩和とはがんによる痛み・だるさ・息苦しさなど身体的症状や、不安・不眠など精神的症状を和らげる必要があると診断されていること
2. 蘇生術（心臓マッサージや人工呼吸器装着）などの医療を行わないことを了承されていること
3. その他
 - ・患者さんの著しい気分の落ち込み・混乱などが強く、精神状態が不安定な場合は24時間面会できますのでご家族の積極的な支援をお願いいたします。
 - ・症状が安定し、通院や在宅緩和ケアが可能となられた場合は在宅療養や他の医療機関などへの退院調整をさせていただきます。

※ 同意書を提出された後でも撤回することはできますのでご相談ください。

説明年月日 年 月 日

説明者(医師) 氏名

同席もしくは説明確認者：職種 氏名

同意書

緩和ケア病棟への入院に関して、了承し緩和ケア外来受診を希望します

町田市民病院 院長殿

年 月 日

患者氏名： _____

家族氏名： _____ (続柄)

※ 緩和ケア外来申込書(別紙)と合わせて主治医または看護師へ提出してください

町田市民病院 緩和ケア外来申込書

記入年月日: 年 月 日

「緩和ケア病棟への入院を希望される方へ」をお読みになり、患者さん・ご家族の総意で入院を希望される場合に申込書をご提出ください。

この用紙は患者さんご本人に記入していただく用紙です。書けない場合は代筆でかまいません。その場合は、患者さんの意思・考え・希望をご確認の上、ご記入ください。

代筆の場合、右記に署名をお願いします。

		氏名	続柄
ふりがな		生年月日	()歳
患者氏名	様 男・女	M・T・S・H	年 月 日
患者住所	〒 -	電話番号	
同居者氏名 (続柄)			
最も身近な方	氏名 住所	患者様との関係 電話番号	
介護保険	要支援 (1・2) ・ 要介護 (1・2・3・4・5) ・ 未申請・申請中		
現在の生活場所	在宅・入院 (病院 年 月 日 ~)		
利用しているサービス	医療機関	訪問看護	

1. 病気について、誰からどのように説明を受けましたか？ (病名・今後の見通しなど)

2. これまでの治療を教えてください (該当するものにレ点)

- 手術
 化学療法
 放射線療法
 ホルモン療法
その他

3. 現在の困り事・つらい症状を教えてください (該当するものにレ点)

- 痛み
 息苦しい
 咳が出る
 お腹が張る
吐き気
 嘔く
 便が出ない
 食べられない
むくみ
 だるい
 一人で動けない
 眠れない
不安が強い
 病気が受け入れられない
落ち込みがひどい
 その他:

4. 緩和ケア病棟について、誰からどのように説明を受けましたか？

5. 緩和ケア病棟を希望する理由は何ですか？ (該当するものにレ点)

- 苦痛な症状を楽にしてほしい
 苦痛な治療をせず穏やかに過ごしたい
精神的な苦痛、不安を和らげてほしい
 自宅療養に向けた準備をしてほしい
家族・親族に迷惑をかけたくないため
 世話をしてくれる人がいないため
人に勧められたから
その他: