

藤野在宅緩和ケアクリニック 質問票（患者さん・ご家族記入用）

以下につき、わかる範囲で構いませんので、ご記入をお願い致します。

記入日 年 月 日

記入された方	続柄
患者さんの氏名	
家族構成	
介護支援の可能な方	
当院への希望事項 <input type="checkbox"/> 在宅で療養したいので訪問診療をしてほしい <input type="checkbox"/> 緩和ケアについて相談したい <input type="checkbox"/> その他希望されること、何でも構いませんのでご記入ください	
現在の症状	

現在の生活状況(食事、入浴、排せつなど)

主治医から受けた病状説明内容

治療経過

アレルギー歴

現在、服用している薬

治療中の他の病気と通院先