

# メディ在宅クリニックご質問票

記入される方 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) 記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

ふりがな 患者さま氏名	性別	男・女
	年齢	才
家族構成	同居のご家族について、就業および在宅状況をお書き下さい。 (例:長女(終日在宅)、長男(日中勤務))	
支援可能者	別居でもご支援下さるご家族 近隣にお住まいのご親族をお書き下さい。	
当クリニックへ 希望される内容	<input type="checkbox"/> 在宅で療養したいので訪問診療・往診をしてほしい <input type="checkbox"/> 緩和ケアとはどういうものか相談したい <input type="checkbox"/> 症状を解決してほしい <input type="checkbox"/> 必要なときには入院の手配もしてほしい <input type="checkbox"/> よくわからない <input checked="" type="checkbox"/> にて選択 (複数選択可) その他、何でも結構ですので、ご希望・ご質問があればお書き下さい。	
症状について	今ある症状(不安、不眠、痛みやその場所など)をお書き下さい。	
生活の状態	食事や入浴、排泄などはどのようにされていますか。 (例:自立、全介助、一部介助、トイレ、おむつなど)	

以下はお分かりになる範囲で、記入される方が認識されている通りお書き下さい。

病気に関して 説明を受けた 内容	病名、病気の広がり、今後の経過見込みについて説明されている内容 (決して正確でなくて大丈夫です。思った通りにご記入ください。)		
主な治療先	病院・診療科		主治医
治療経過	治療(手術・抗がん剤・放射線)やその時期を詳しくお書き下さい。 (他にメモを添えていただいても結構です。)		
今後の予定 <input checked="" type="checkbox"/> にて選択	<input type="checkbox"/> 当院の診療開始後は、これまでの病院に通う予定は無い <input type="checkbox"/> これまでかかった病院に引き続き通う予定がある (予約日 _____ 病院 _____ 担当医 _____ ) (予約日 _____ 病院 _____ 担当医 _____ ) <input type="checkbox"/> 分からない・詳しく聞いていない		
使用中の薬	印刷されたお薬の情報があればご持参下さい(その場合は記入不要です)		
アレルギー	無し・有り ⇒ 特にお薬についてお書き下さい		
治療中の 他の病気	病名		医療機関
	病名		医療機関
	病名		医療機関