

患者氏名

様

ID: ()

＜緩和ケア病棟入院についての説明と同意書＞

1. 緩和ケア病棟への入院を患者さん・ご家族ともに希望していることが必要です。
2. 患者さんが病名を告知され、病状について理解していることが必要です。
3. 痛みをはじめとした身体的苦痛や精神・心理的苦痛を緩和するための治療およびケアを行います。必要に応じて医療用麻薬を使用します。精神・心理的苦痛に対するケアはご家族も対象となります。
4. 手術・化学療法・ホルモン治療・放射線治療などのがんに対する積極的な治療や、心肺蘇生などの症状緩和につながらず、延命のみを目的とした治療は行いません。
5. 上記（4）の治療を希望する場合は、一般病棟か治療可能な病院へ転棟・転院していただきます。
6. 徘徊、自殺企図、行き過ぎた暴言・暴力・ハラスメントなど、他の患者さんや病棟スタッフに対する迷惑行為がある場合、病院側の対応に従っていただきます。
7. 限られた病床を有効に活用するために、症状が落ち着いた患者さんについては自宅あるいは施設への一時的な療養場所の移動をお願いする場合があります。ただし、移動後に症状が悪化すればすみやかに再入院していただきます。
8. 個室内での飲酒・喫煙室での喫煙は、療養を妨げない範囲内で許可していますが、ご家族・お見舞いの方には禁止しています。

西奈良中央病院

説明医師： _____

同席看護師： _____

上記の内容について説明を受け、十分に理解し納得しましたので同意します。

西奈良中央病院 病院長殿

年 月 日

患者	氏名	
	生年月日	年 月 日
家族 (代理人)	氏名	
	生年月日	年 月 日
	続柄	

患者氏名 _____ 様
ID (_____)

ご家族にお尋ねします

- ① 緩和ケア病棟の入院にあたって、ご家族として望まれることや期待されることをご記入下さい。

- ② ご本人の症状について、ご不安・ご心配なことをご記入下さい。

- ③ 症状が落ち着いた後のご希望をご記入下さい。
(自宅療養や外出・外泊など)

- ④ その他、スタッフに聞きたいことやご相談があればご記入下さい。