
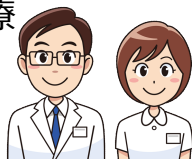


部署名・面談者	<input type="checkbox"/> GICU <input type="checkbox"/> EICU <input type="checkbox"/> SCU <input type="checkbox"/> 3B <input type="checkbox"/> 3C <input type="checkbox"/> 3D <input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 4B <input type="checkbox"/> 4C <input type="checkbox"/> 4D <input type="checkbox"/> 5A <input type="checkbox"/> 5B <input type="checkbox"/> 5C <input type="checkbox"/> 外来 (科) <input type="checkbox"/> その他 () 面談者氏名 ()
ACP意思確認用紙を記入した時期	<input type="checkbox"/> 外来時 <input type="checkbox"/> 抗癌剤治療終了時 <input type="checkbox"/> 放射線治療終了時 <input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 手術終了時 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> その他 ()
①ACP意思確認用紙について、あなたは誰と話し合って記入しましたか (複数回答可) ※ 家族のみで話し合った場合、下記の質問事項は患者本人の普段の言葉や会話を思い出しながら可能な範囲で記入してください	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 誰と(続柄) : () <input type="checkbox"/> 家族のみ 誰と(続柄) : () <input type="checkbox"/> 医療従事者 誰と : () <input type="checkbox"/> その他 誰と : () 
②病名は主治医から聞いていますか	<input type="checkbox"/> 聞いている(病名 :) <input type="checkbox"/> 聞いているけどよくわからない <input type="checkbox"/> 聞いていない
③あなたは病気による身体機能の変化(フレイル)や寿命について主治医からどのように説明を受けていますか	<input type="checkbox"/> 説明を受けている () <input type="checkbox"/> 説明を受けていない
④あなたにとって食べることの意味や価値を教えてください	<input type="checkbox"/> くちから食べたり飲んだりしなければ意味がないと思っているので、食べられなくなったら特別な処置はせず、自然に任せたい <input type="checkbox"/> やりたいことや人生の目標があるうちは、鼻や胃からチューブを胃まで通して、水分や栄養を補給する方法も受け入れたい <input type="checkbox"/> 鼻や胃からチューブを胃まで通して水分や栄養を補給する方法は嫌なので、点滴で水分補給したい <input type="checkbox"/> 考えていない・わからない
⑤もしも病状が悪くなったときの治療についてどう思われていますか	<input type="checkbox"/> 生きるためには積極的になんでもやりたい、どこまでも病気と闘いたい <input type="checkbox"/> やりたいことや人生の目標のためには、つらい・苦しい治療も受け入れたい <input type="checkbox"/> つらい・苦しい治療は嫌なので、症状に対しての治療(対症療法)をしてほしい <input type="checkbox"/> 考えていない・わからない 

将来に受ける治療やケアについて、
あなたの思いや希望はゆらぎ変わるものです。
あなたの思いや希望の変化に応じて
まわりの大切な人や医療スタッフと
繰り返し話し合うことが大切です。

