



◎緩和ケア病棟入院についてどのように考えていますか？

◎緩和ケア病棟に何を希望しますか？（過ごし方、やりたいこと、してあげたいこと等）

視力障害： なし あり  
→眼鏡：なし あり（ 近視、遠視、老視、乱視 ）

聴力障害： なし あり（ 右 左 両方 ）  
→補聴器：なし あり

麻痺： なし あり（部位： ）

会話： できる できない

認知障害：なし あり

嗜好品について

タバコは吸いますか？ いいえ はい（ 本/日、 年間）

お酒は飲みますか？ いいえ はい（ 毎日 、週に 回）

好きな食べ物：

嫌いな食べ物：

転倒・転落したことはありますか？ いいえ はい（いつ頃： ）

身体に床ずれはありますか？ いいえ はい（部位： ）