

[illegible]

施設入所者用 外来受診問診票（裏）

3. ACP（人生会議）・人生の最終段階における医療・ケアの意向 ※なるべく空欄がないようにご記入ください

ACP話し合いの状況	☐ 合意済み・記録あり ☐ 継続協議中 ☐ 未実施・不明 （最終確認時期：202 年 月頃） ACP意向： 【記入例：ACP意向】 ・認知症進行のため本人の意思確認困難。家族（妻・長男）による推定意思を尊重し方針確認済 ・本人意思（緩和ケア希望）確認済。長男・長女と年1回定期見直し中（最終確認：2026/05）
今回の受診に関する意向	受診時の病状説明：☐ 外来での当日、病状説明を希望する ☐ 入院後、当日～翌営業日の病状説明を希望する （病状や状況によっては、ご希望に添えない場合がございます）
急変時に関する意向	☐ 積極的救命治療を希望：可能な限りの延命治療を希望（人工呼吸器、心臓マッサージ等含む） ☐ 負担の少ないケアを希望：身体への負担を減らすケアを希望（点滴・内服中心） ☐ 施設での療養を希望：施設で最期まで過ごしたい(施設での看取り希望) ☐ その他・特記事項： 【記入例：急変時の特記事項】 ・自然な看取り希望：本人は普段通りの生活を継続し、急変時も気管挿管や人工呼吸器等の延命処置は望まない（DNAR同意あり） ・条件付き入院：苦痛が強い場合は一時的な入院や点滴治療を行うが、意識回復が見込めない過度な延命は行わず緩和ケアを優先

4. 既往歴・基本バックグラウンド ※なるべく空欄がないようにご記入ください（不明の場合は不明とご記入願います）

既往歴	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脳卒中 ☐ 心疾患 ☐ 認知症 ☐ その他（ ）	内服薬 アレルギー	内服薬： ☐ あり（お薬手帳 ☐ 持参あり ☐ 持参なし） ☐ なし アレルギー： ☐ あり（詳細： ） ☐ なし ※入院が予想される場合は、お薬を持参ください
認知・休息について	1. せん妄にかかったことはありますか ☐ あり ☐ なし 2. 認知について該当するものを選んでください ☐ 問題なし ☐ 物忘れあり ☐ 大声を出す ☐ 1人で動き出す 3. 睡眠薬の使用 ☐ あり ☐ なし ☐ その他（ ）		
当日の食事・体重	当日の食事摂取： ☐ はい（最終食事時間： 時頃） ☐ いいえ 食事形態（主食）： ☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ その他（ ） 食事形態（副食）： ☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ 刻み ☐ ミキサー ☐ とろみ（ ☐ あり ☐ なし） ☐ その他（ ） 食事時のむせ： ☐ あり ☐ なし 食事摂取量：（ ）割り程度 直近の体重：（ kg） 直近の体重変化： ☐ なし ☐ あり（ kg 増加・減少）		