

生活のしやすさに関する質問票

ID									
記入日									
氏名									



記入者 患者さん ご家族 医療者 ()

1 気になっていること、心配していることをご記入下さい

- 病状や治療について、詳しく知りたいことや、相談したいことがある…………… あり
- 経済的な心配や制度で分からないことがある……………
- 日常生活で困っていることがある(食事・入浴・移動・排尿・排便など)……………
- 通院がたいへん……………

2 からだの症状についておうかがいします

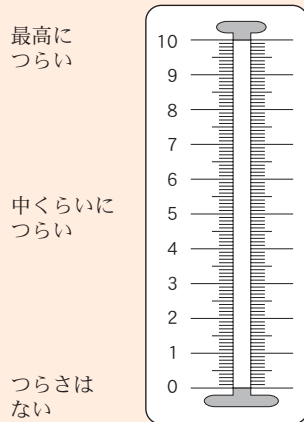
現在のからだの症状はどの程度ですか？

- 4 我慢できない症状がずっとつづいている 
- 3 我慢できないことがしばしばあり対応してほしい
- 2 それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい
- 1 現在の治療に満足している
- 0 症状なし 

症状は何ですか？

3 気持ちのつらさについておうかがいします

この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。



4 専門のチームへの相談を希望しますか？

- 希望する
- 痛みなどからだの症状や気持ちのつらさに対応する緩和ケア医師、看護師 ……
 - 経済的な問題や、制度の疑問に対応する医療ソーシャルワーカー ……
 - 自宅での生活がしやすいように、利用できるサービスがあるかを相談したい ……

からだの症状が 2 以上、または気持ちのつらさが 6 以上のときは、詳しく症状をうかがうため右ページにご記入下さい。

※化学療法(抗がん剤治療)を受けられている方は、症状がなくても右のページをご記入下さい。

この1週間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか？

	全くなかった	←	→	これ以上考えられないほどひどかった							
痛み(一番強いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(一番弱いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
しびれ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ねむけ(うとうとした感じ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ(つかれ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息切れ(息苦しさ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

嘔吐 なし 1日に1回 2~5回/日 6回/日以上

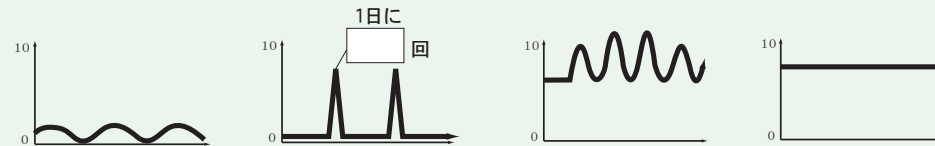
睡眠 よく眠れる 時々起きるが、だいたい眠れる 眠れない

便秘 毎日 週4~6回 週1~3回 なし

硬い 普通 やわらかい 下痢

口の中の痛みや不快感 なし あるが普段どおり食べられる 食事の工夫が必要 十分に食事ができない

1日を通して症状の変化はどのパターンに近いですか？(一番困っている症状についてご記入下さい)



- ほとんど症状がない
- 普段はほとんど症状がないが1日に、何回か強い症状がある
- 普段から強い症状があり、1日の間に強くなったり弱くなったりする
- 強い症状が、1日中続く

症状の強さを点数で伝えるのは、難しいと思います。しかし、血圧と同じように数字で伝えていただくことで、医師や看護師があなたの症状を理解しやすくなります。



先週は7だった痛みが、今週は2になっている。痛みが軽くなっているな。

