

生活のしやすさに関する質問票 氏名 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日 記入者 患者さん ご家族 医療者 ( )

■気になっていること、心配していることや相談しておきたいことをご記入下さい

	<input type="checkbox"/> 病状や治療についての情報・説明 <input type="checkbox"/> 経済的な問題 <input type="checkbox"/> 日常生活の心配 (食事・家事・仕事など)
--	---

■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生活の支障になっていますか？

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

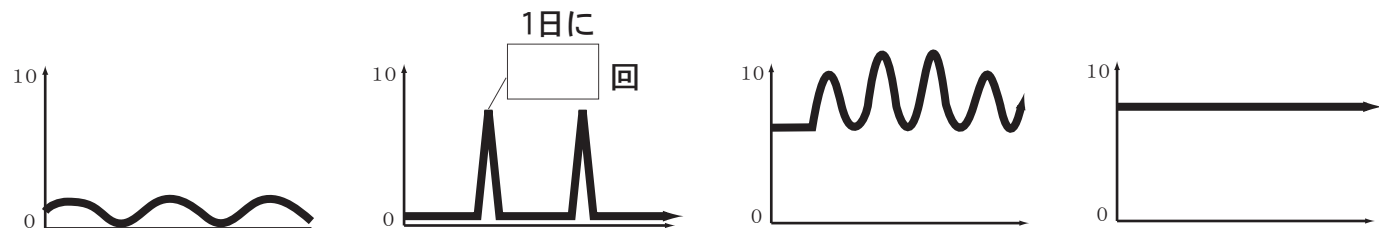
■この24時間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか？(NRS)



<input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> ねむけ (うとうとした感じ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> だるさ (つかれ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> 息切れ (息苦しさ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> 食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> おなかの張り	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> 吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> 嘔吐 ( )回/日	<input type="radio"/> 発熱 なし あり										
<input type="radio"/> 便秘 ( )回/週 硬い 普通 やわらかい	<input type="radio"/> 口の中の痛み なし あり										
<input type="radio"/> たん なし 少しあり 多い	<input type="radio"/> 睡眠 よく 時々起きるが 眠れない										
<input type="radio"/> せき なし 少しあり 多い	眠れる だいたい眠れる										

■一番困っている症状に○をつけてください

■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)



1. ほとんど症状がない 2. 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 3. 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 4. 強い症状が、1日中続く

■症状が強くなる時はどんなときですか？

定期的な薬を飲む前	夜	からだを動かしたとき	食事 (前・後)
排尿や排便をするとき	その他 ( )		

■痛みは、

■今までと同じ場所ですか？→ 同じ・ちがう 場所 ( )

■「びりびり電気が走る」、「しびれる」、「じんじんとする」感じはありますか？→ ある・ない

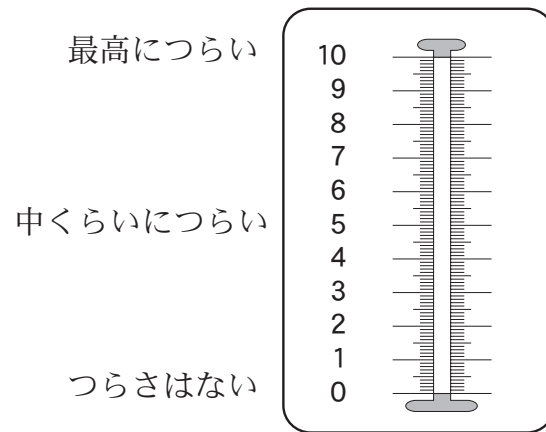
◎ 完全によくなった  
○ だいたいよくなった  
△ すこしよくなった  
× かわらない

頓用薬 (レスキュー) の使用状況

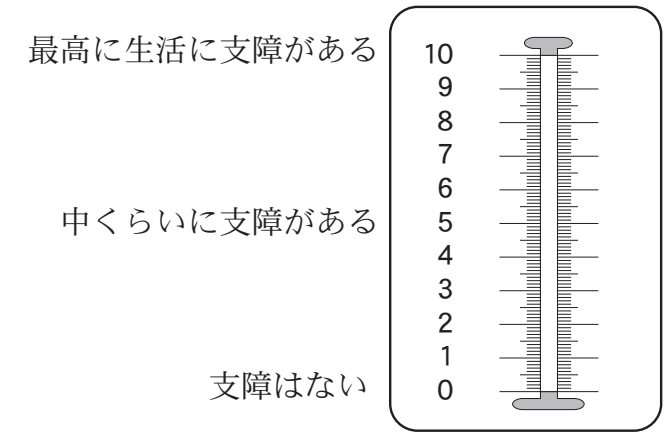
回数 (/日)	薬剤名	使用前 (症状の強さ)	使用后 (症状の強さ)	効果	吐き気	眠気
7/7 4回	オパソ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	◎	あり	あり (不快)
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		なし	あり (不快)
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		なし	あり (不快)

■こころの状態

①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。



②その気持ちのつらさのために、この1週間どの程度、日常生活に支障がありましたか？



■痛みなど体やこころのつらさをやわらげる緩和ケア医師、看護師の診療を... 希望する

■経済的な問題や、日常生活の心配に対する医療ソーシャルワーカーの相談を... 希望する

\*\*以下、医療者記入欄 (化学療法の副作用をみるためのものです)

レジメン名 \_\_\_\_\_  
 レジメン番号 ( ) ( )コース ( )回目  
 体温 [ ]℃ 血圧 [ / ] mmHg 脈拍 [ ] 回/分 SPO2 [ ]

グレード	0	1	2	3	4
PS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
白血球	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3000~	<input type="checkbox"/> 3000~2000	<input type="checkbox"/> 2000~1000	<input type="checkbox"/> <1000
好中球	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1500~	<input type="checkbox"/> 1000~1500	<input type="checkbox"/> 500~1000	<input type="checkbox"/> <500
ヘモグロビン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10~	<input type="checkbox"/> 8~10	<input type="checkbox"/> 6.5~8	<input type="checkbox"/> <6.5
血小板	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7.5~	<input type="checkbox"/> 5~7.5	<input type="checkbox"/> 2.5~5	<input type="checkbox"/> <2.5
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2~5回、<24hの点滴	<input type="checkbox"/> ≥6回、≥24hの点滴	<input type="checkbox"/> 生命の危機
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1~3回	<input type="checkbox"/> 4~6回、<24hの点滴	<input type="checkbox"/> ≥7回、≥24hの点滴	<input type="checkbox"/> 生命の危機
粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 摂食に影響なし	<input type="checkbox"/> 食事を工夫すれば可能	<input type="checkbox"/> 十分な摂取ができない	<input type="checkbox"/> 生命の危機
神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 生活に支障ない機能障害	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 活動できない