

生活のしやすさに関する質問票の記入の仕方

病気や治療から生じる症状や精神的ストレスにお悩みの場合、からだの痛みやこころのつらさをやわらげることで、自分らしい生活を送ることができます。患者さん・ご家族と一緒に、医師や看護師、薬剤師をはじめとした専門スタッフが問題解決のためにサポートさせていただきます。

表

今日の診察で相談したいことをご記入ください。

一番困っている症状を教えてください。

生活のしやすさに関する質問票 氏名 平成太郎 ID 1234

記入日 19年8月13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

まだ腰が痛いです

- 病状や治療についての情報・説明
- 経済的な問題
- 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？

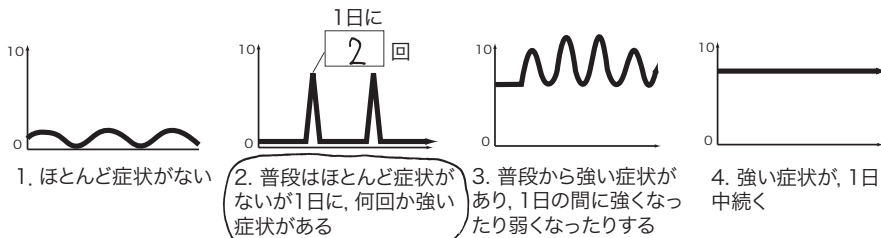
- 0: 症状なし 1: 現在の治療に満足している 2: それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい 3: 我慢できないことがあります対してほしい 4: 我慢できない症状がずっとつづいている

■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)

	← 全くなかった →											→ これ以上考えられないほどひどかった ←										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ 痛み(一番強いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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	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	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	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	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	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ おなかの張り	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ 嘔吐 ()回/日												○ 発熱	なし	あり								
○ 便秘 (3)回/週 硬い 普通 やわらかい												○ 口の中の痛み	なし	あり								
○ たん だし 少しあり 多い												○ 睡眠	よく眠れる	時々起きるが だいたい眠れる	眠れない							
○ せき だし 少しあり 多い																						

■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)



■症状が強くなるとき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 ()

全く症状がない場合を0点、これ以上考えられないほどひどい症状の場合を10点としてください。

正解があるわけではありません。また、他の人と比べる必要もありません。あまり深く考えず、感じたままをお答えください。

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。

これでは、痛みは伝わりません



痛いです

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。



痛みが2に減りました

頓用薬を使用した効果を記入してください。

□ 記入例の説明

- ・7月7日に4回
- ・オプソを内服し
- ・使用前は「9」の痛みが
- ・使用後は「3」の痛みと

- ・効果は「だいたいよくなった」と感じたので「○」
- ・オプソを内服した後の「吐き気」なし
- 「眠気」なし

■ 痛みは、

- 今までと同じ場所ですか？ →
- 「びりびり電気が走る」、「しびれる」

◎ 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

記入例

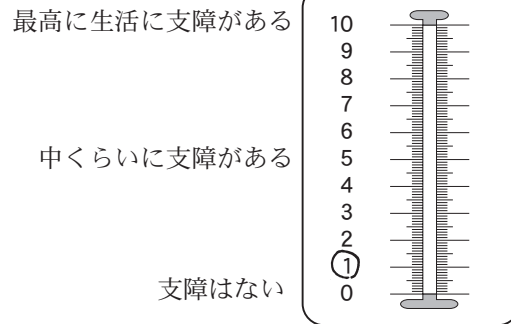
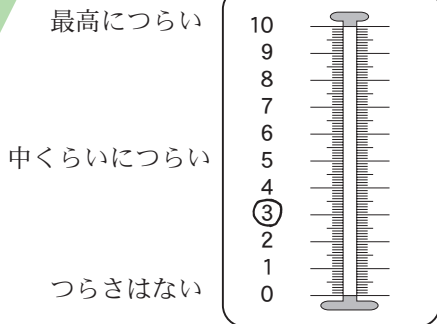
回数 (/日)	薬剤名	使用前 (症状の強さ)	使用后 (症状の強さ)	効果	吐き気	眠気
7/7 4回	オプソ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	○	あり	あり(不快)
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		あり	あり(不快)
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		あり	あり(不快)

■ 心ころの状態

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？

病気や治療、生活の変化などに対する気持ちのつらさについて教えてください。



- 痛みなど体や心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 [] °C 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

患者さま・ご家族、どなたでも必要ときに気軽にご相談ください。