

生活のしやすさに関する質問票

外来 ・ 病棟 ()

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。

気持ちのつらさが 6

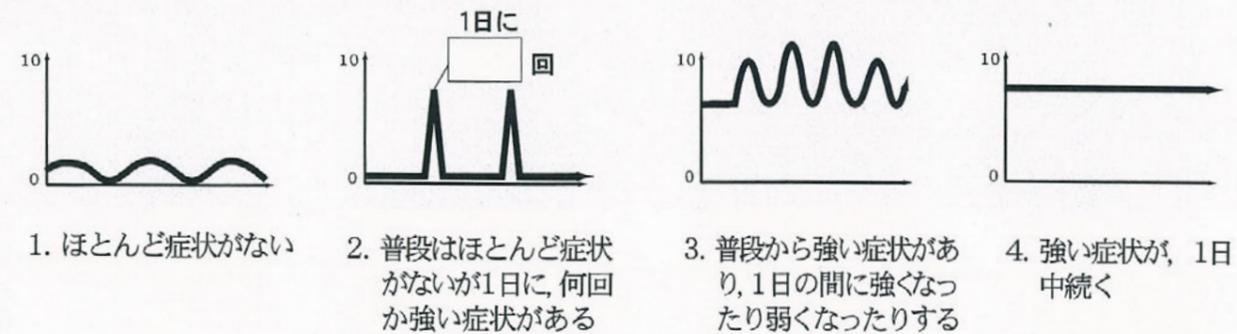
※化学療法(抗がん剤治療)を受けている方は、症状がなくても右のページをご記入下さい。

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？

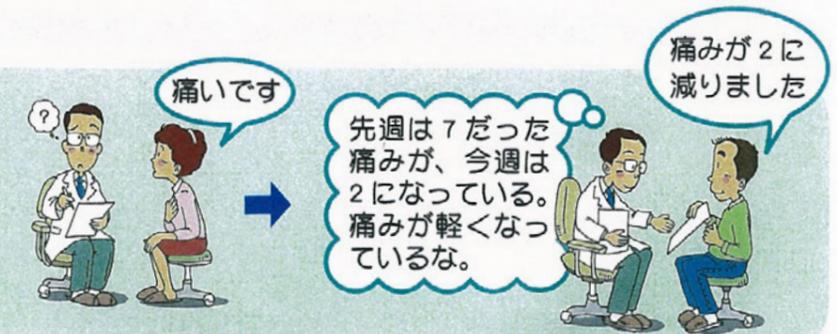
	全く なかった	←	→	これ以上 考えられない ほどひどかった							
痛み(一番強いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(一番弱いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
しびれ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ねむけ(うとうとした感じ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ(つかれ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息切れ(息苦しさ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 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 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 食事の工夫が 十分に食事が
- 食べられる 必要 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)



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。



出典：OPTIM がん対策のための戦略研究 『緩和ケア普及のためのプロジェクト』

ご記入後は《がん相談支援センター》直通 045-782-2140 返まずはお電話でご連絡ください。