

生活のしやすさに関する質問票の記入の仕方(記入例)

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医療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。

当てはまる、あるいはそれに近いものにチェック☑か、マル○をつけてください。

生活のしやすさに関する質問票

記入者 患者さん ご家族 医療者
()

ID							
記入日	R3.1.28						
氏名	厚生 ○○						

記入のタイミングの目安：
通院中は受診時
入院中は入院時・2週間毎など

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

例) 背中がまだあること

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	<input type="checkbox"/>
経済的な心配や制度で分からないことがある………		<input type="checkbox"/>
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)………		<input checked="" type="checkbox"/>
通院がたいへん………		<input type="checkbox"/>

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？

例) 背中が痛み

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。

最高につらい	10
	9
	8
	7
	6
中くらいにつらい	5
	4
	3
	2
	1
つらさはない	0

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

4 専門のチームへの相談を希望しますか？

■ 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………	希望する	<input type="checkbox"/>
■ 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………		<input type="checkbox"/>
■ 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………		<input checked="" type="checkbox"/>

患者さま・ご家族、どなたでも必要なときに気軽にご相談ください

からだの症状が2 以上、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次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、症状がなくても次のページをご記入下さい。

詳しい記入方法はこちらより動画で見ることが出来ます。

URL : https://youtu.be/dmyvR9xe_yA



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。

■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

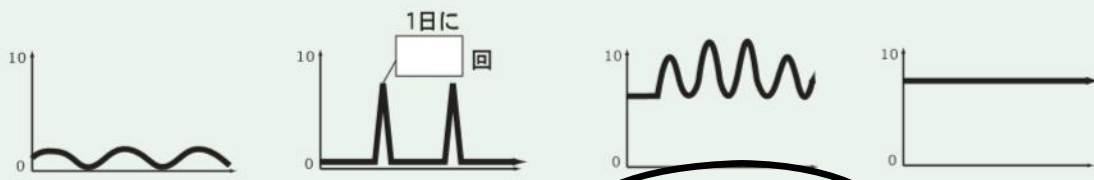
睡眠 よく眠れる 時々起きるが だいたい眠れる 眠れない

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)



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。

痛みが2に減りました

医療スタッフ記入欄(対応内容)：

- 内容確認者氏名 ()
- 詳細の対応内容についてはプログレスノート、看護記録参照
- 情報提供をした 冊子を利用し説明 口頭で説明
- 専門チーム・専門診療科・相談窓口へ紹介し対応を依頼した
- その他 ()

記入しましたら、看護師へお渡しください。

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 <input type="checkbox"/> |
| 経済的な心配や制度で分からないことがある…………… | <input type="checkbox"/> |
| 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)…………… | <input type="checkbox"/> |
| 通院がたいへん…………… | <input type="checkbox"/> |

2 からだの症状についておうかがいします

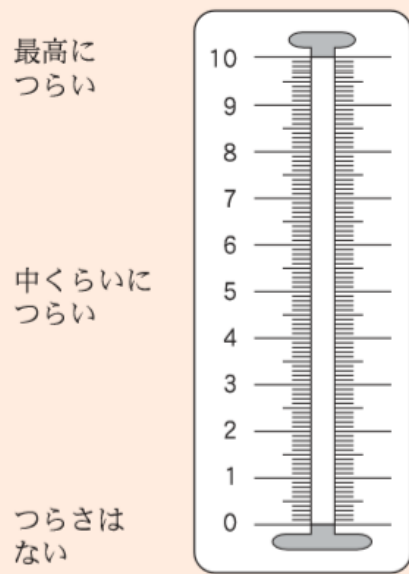
現在のからだの症状はどの程度ですか？

- | | | |
|---|-------------------------|----|
| 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？

- | | |
|---|-------------------------------|
| ■ 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 …… | 希望する <input type="checkbox"/> |
| ■ 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 …… | <input type="checkbox"/> |
| ■ 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 …… | <input type="checkbox"/> |

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次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、症状がなくても次のページをご記入下さい。

詳しい記入方法はこちらより動画で見ることが出来ます。

URL : https://youtu.be/dmyvR9xe_yA



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。

■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	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
しびれ	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
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 なし 1日に1回 2~5回/日 6回/日以上

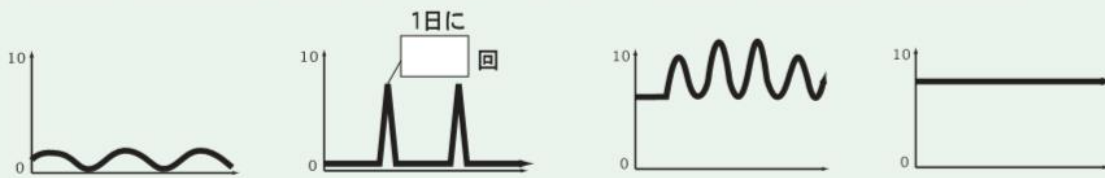
睡眠 よく眠れる 時々起きるが
だいたい眠れる 眠れない

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

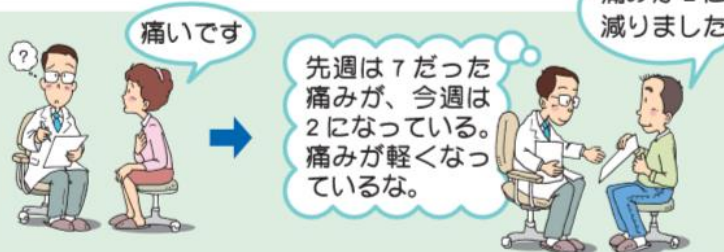
口の中の痛みや不快感 なし あるが普段どおり
食べられる 食事の工夫が
必要 十分に食事
ができない

■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)



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。



医療スタッフ記入欄(対応内容)：

- 内容確認者氏名 ()
- 詳細の対応内容についてはプログレスノート、看護記録参照
- 情報提供をした
 - 冊子を利用し説明
 - 口頭で説明
- 専門チーム・専門診療科・相談窓口へ紹介し対応を依頼した
- その他 ()

記入しましたら、看護師へお渡しください。