

# 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<br><input type="checkbox"/> 経済的な問題<br><input type="checkbox"/> 日常生活の心配<br>(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？

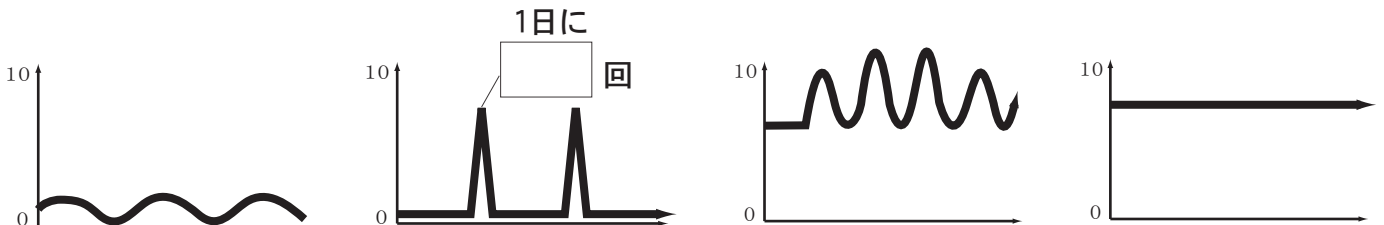
0: 症状なし 1: 現在の治療に満足している 2: それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい 3: 我慢できないことがあり対応してほしい 4: 我慢できない症状がずっとつづいている

### ■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)

|                       |               |                                  |      |    |   |       |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------|---------------|----------------------------------|------|----|---|-------|---|---|---|---|---|---|
|                       |               | 全くなかった ←—————→ これ以上考えられないほどひどかった |      |    |   |       |   |   |   |   |   |   |
| <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"/> なし <input type="radio"/> あり   |
| <input type="radio"/> | 便秘 ( )回/週     | 硬い                               |      | 普通 |   | やわらかい |   |   |   |   |   | <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり   |
| <input type="radio"/> | たん            | なし                               | 少しあり | 多い |   |       |   |   |   |   |   |   |
| <input type="radio"/> | せき            | なし                               | 少しあり | 多い |   |       |   |   |   |   |   |   |
|                       |               |                                  |      |    |   |       |   |   |   |   |   | <input type="radio"/> よく眠れる <input type="radio"/> 時々起きるが眠れない<br><input type="radio"/> 眠れる <input type="radio"/> 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 ( ) |            |          |

■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

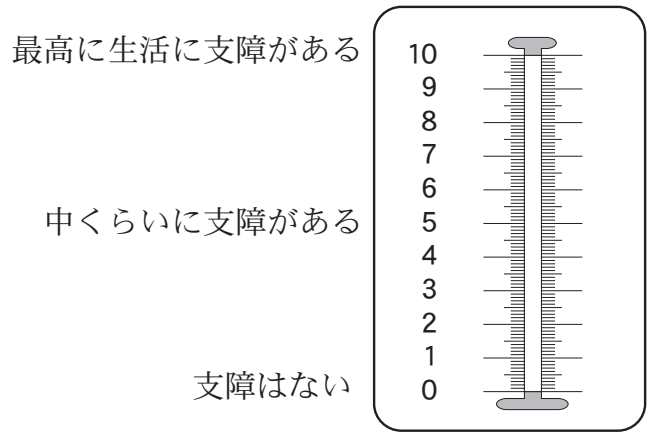
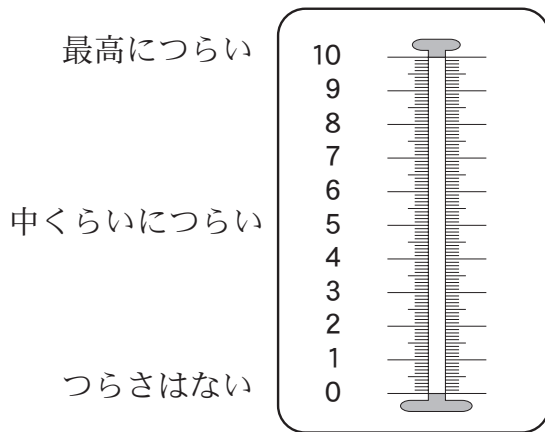
記入例

| 回数<br>(/日) | 薬剤名  | 使用前<br>(症状の強さ)         | 使用后<br>(症状の強さ)         | 効果 | 吐き気   | 眠気                 |
|------------|------|------------------------|------------------------|----|-------|--------------------|
| 7/7<br>4回  | オファソ | 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 | なし あり(快)<br>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 | なし あり(快)<br>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 | なし あり(快)<br>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 |