生活のしやすさに関する質問票

体温 ＿＿＿ ℃
脈拍 ＿＿＿ 回/分
血圧 ＿＿/＿＿ mmHg
S_PO_2 ＿＿＿ %
体重 ＿＿＿ kg

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

	あり
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……	□
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？

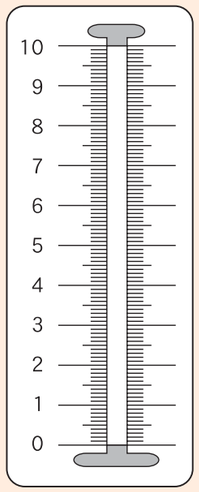
4	我慢できない症状がずっとつづいている
3	我慢できないことがしばしばあり対応してほしい
2	それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい
1	現在の治療に満足している
0	症状なし

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。

最高につらい
中くらいにつらい
つらさはない



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
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右ページにご記入下さい。

※化学療法を受けられている方は、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

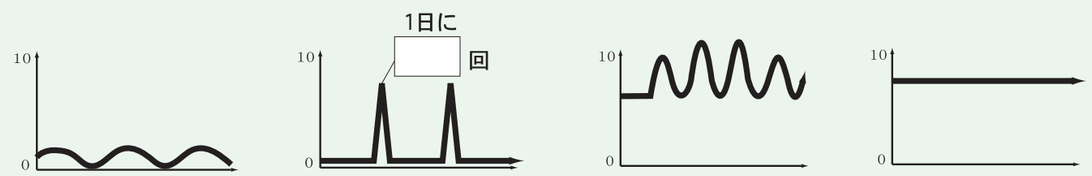
睡眠　よく眠れる　時々起きるがだいたい眠れる　眠れない

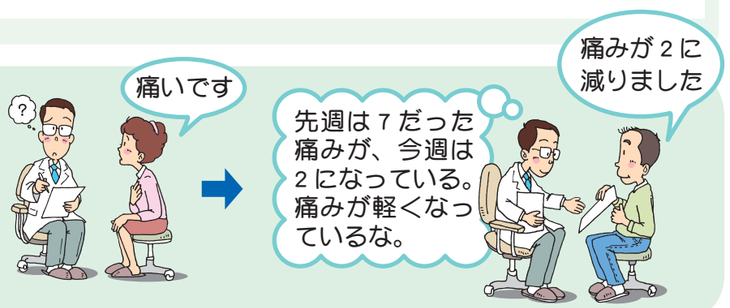
便通　毎日　週4～6回　週1～3回　なし

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。