

患者さんやご家族の身体や心のつらさ、心配事などに対して、早期に対応させて頂くためにご協力をお願い致します。

## 生活のしやすさに関する質問票

記入日 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_

### 1. 心配なことや相談しておきたいことにチェックしてください。

- 病状や治療について     経済的な問題     食事・栄養     日常生活     家族  
 就労     その他 ( )

### 2. この1週間のからだの状態はいかがですか？

痛みは、どの部位にありますか？ ( )

痛みは、どの程度ありますか？ 数字に○をつけてください。

### フェイススケール表 (痛みの程度)

<b>0</b>  まったく 痛みが無い	<b>1</b>  ちょっとだけ 痛い	<b>2</b>  それより もう少し痛い	<b>3</b>  もつと痛い	<b>4</b>  かなり痛い	<b>5</b>  泣くほどではないが 想像出来るもつとも 強い痛み
--	---	---	--	--	---

痛みは、どんなふうに痛みますか？

- ズーン     ズキズキ     押さえて痛い     差し込む痛み     ジンジン  
 その他 ( )

痛みは、どのような頻度で痛みますか？

- 持続的 (いつもある)     断続的 (とぎれとぎれ)     突発的 (突然、一時的)  
 その他 ( )

痛み以外の症状がありますか？ あればチェックしてください。

- しびれ     だるさ     息切れ (息苦しさ)     吐き気     便秘  
 その他 ( )

### 3. この1週間の気持ちのつらさはいかがですか？ 数字に○をつけてください。

① この1週間の気持ちのつらさを平均して、  
最もあてはある数字に○をつけてください。

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。

