

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 食事・栄養 日常生活 家族 経済的な問題
 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。



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 (_____)

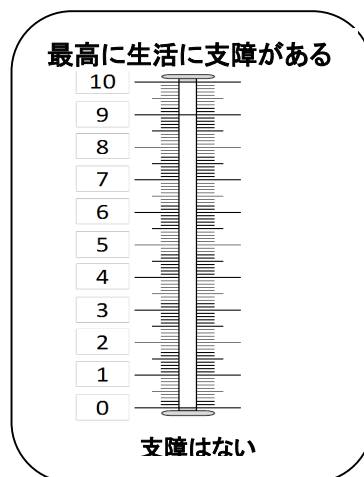
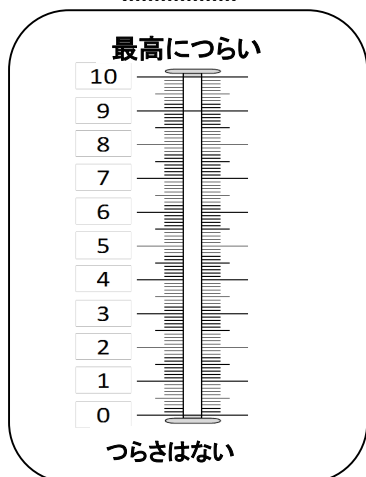
痛み以外の症状がありますか？ あればチェックしてください。

- だるさ 息切れ (息苦しさ) 食欲がない 吐き気 お腹がはる
 しびれ 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
最もあてはまる数字に○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。



当院には、からだやこころのつらさを改善するために、活動している医師・看護師・などのチーム (緩和ケアチーム) があります。ご希望がございましたら、対応いたします。