

生活のしやすさに関する質問票

患者様用

診療科: _____ 登録番号: _____ 氏名: _____ 日時: _____ 月 _____ 日

1. 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ください

(該当するところすべてにチェックをしてください)

- 病状や治療についての情報、説明
- 経済的な問題
- 日常生活の心配(食事、家事、仕事など)
- その他(下記に自由にご記入ください)

2. 身体の症状についてお伺いします

① 現在身体のつらい症状はありますか？

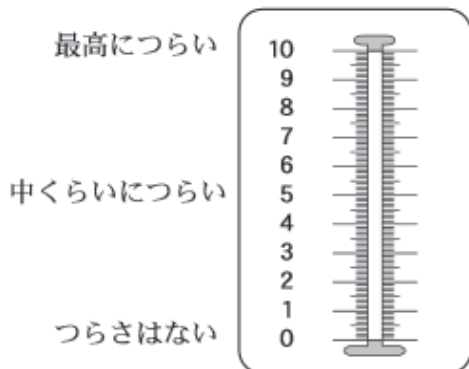
- ある なし

② 身体の症状はどの程度生活の支障になっていますか？

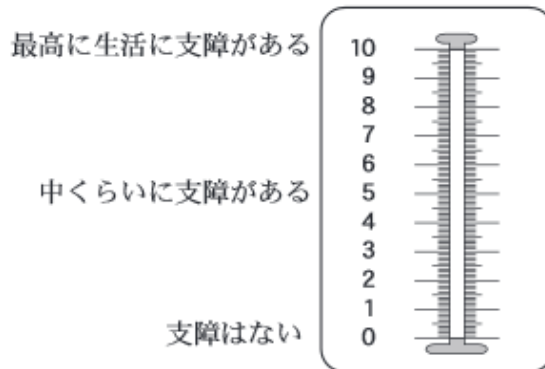
- 0: 症状なし 1: 現在の治療に満足している 2: それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい 3: 我慢できないことがあり対応してほしい 4: 我慢できない症状がずっとつづいている

3. こころの状態についてお伺いします

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？



4. 身体の痛みやこころのつらさなどをやわらげる緩和ケア看護師の診療を・・・希望する 例) 痛みが強い方、吐き気がつらい方、眠れない方 など

記入後は診療科受付にご提出ください