

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 ☐ その他()

この質問票は患者さんの苦痛をお聞きし、支援するためのものです。率直にお答えいただきご記入ください。入院中のケアに生かしていきたいと思えます。

- からだやきもちのつらさに、あてはまる数字や項目に○をおつけください。

					
0	2	4	6	8	10

痛み（部位： ）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息苦しさ(息切れ)	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
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
不安	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
抑うつ(気分の落ち込み)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
睡眠	☐ よく眠れる ☐ 時々起きるがだいたい眠れる ☐ 眠れなくて困っている										
排便	☐ あり ☐ なし 最終排便日（ / ）										

- 気になっていることや心配、希望などをご記入ください

- 以下の対応を希望しますか？

希望あり

 - 痛みなどからだの気持ちのつらさに対応してほしい ☐
 - 自宅で生活がしやすいように利用できるサービスがあるか相談したい ☐
 - もしもの時に備えて、これからの生活や治療について相談したい ☐

☆院内には、がん看護相談外来（毎週水曜・金曜に専門の看護師が対応）、がん相談支援センター（毎日、看護師、ソーシャルワーカーが対応）があります。気軽にご相談ください。