

からだや気持ちのつらさに対する質問票

記入日：平成 年 月 日

ID: _____ 氏名: _____

受診科：外・乳・胸・泌

記入者：ご本人 ご家族 医療者

この質問票は、患者様の身体のつらい症状や不安に感じていることなど、困っていることを見逃ごされないようにするためのものです。書いていただいた内容は、診療チームで共有し、少しでもつらい症状が緩和でき、困っていることが解決できるようにお手伝いさせていただきます。

1. 気になっていること、心配していることがありますか

ある ・ ない



あれば、どんなことでもご記入ください

2. からだの症状についてお伺いします

現在のからだの症状はどの程度ですか？

当てはまる数字に○を付けてください。

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欲しい
2	それほどひどくないが方法があるなら知りたい
1	現在の治療に満足している
0	症状なし

3. 気持ちのつらさについてお伺いします

4	最高につらい
3	かなりつらい
2	中くらいにつらい
1	少しつらい
0	つらくない

4. 上記について相談窓口を利用することができます

相談を希望する 相談を希望しない

ご協力ありがとうございました。

南大阪病院 緩和ケアチーム