

生活の状況についての質問表（医療者記載用）

患者名： _____

性別： _____

年齢： _____

医療機関名： _____

1) 日中の状態

- 100%起きている
- ほとんど起きている
- 座っている時間が長い
- 横になっている時間が長い
- 常に横になっている

2) 日常生活

- 正常の仕事（活動）が可能
- 通常の仕事（活動）は困難
- 趣味や家事は困難
- どんな仕事も困難
- ほとんど活動制限
- 活動不能

3) 症状

- なし
- 何らかの症状あり
- 明らかな症状あり
- 強い症状あり

4) 自立度

- 自立
- ときに手助けしてもらう
- しばしば手助けしてもらう
- ほとんど手助けしてもらう
- すべて手助けしてもらう

5) 経口摂取

- 正常
- 減少
- 数口以下
- 食べられない

6) 意識

- 明瞭（はっきりしている）
- 混乱（普段とちがう）
- 傾眠（眠気がある）

7) むくみ

- 両足にあり
(部位： _____) にあり
- なし

8) 息苦しさ

- 動作時のみあり
- 安静時にもあり
- なし

9) のみ込みにくさ

- あり
- なし

10) 最近1ヶ月以内の体重減少

- あり
- なし

11) 倦怠感（だるさ）

- あり
- なし

12) 総合的にどの状態ですか

- 日常生活や活動に問題なし
- 激しい活動は制限される
軽作業や座位作業は可能
- 身の回りの事はすべて可能
歩行は可能だが、作業は困難
日中の50%以上はベッドの外
- 限られた身の回りの事は可能
日中50%以上はベッドか椅子
- 全く動けない
身の回りのことはできない
1日中ベッドか椅子で過ごす

生活の状況についての質問表（医療者記載用）

患者名： _____

性別： _____

年齢： _____

医療機関名： _____

13) 医学的にどの状態ですか

・遠隔転移の有無 肝転移 骨転移 その他

・1分間の脈拍数（ _____ ）

・1ヶ月の体重減少 あり なし

14) 患者・親族の双方が、延命治療（輸血、昇圧剤、心肺蘇生）は行わないことを理解していますか

はい いいえ

※理解されていない場合は、入棟基準を満たせません

15) 緩和ケア病棟に来ることを本人、家族はどのように受け止めていますか

16) 緩和ケア病棟に来るにあたり、不安や要望したいことはありますか

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者： _____

職種： _____