

あなたの 気がかり などをお聞かせいただけませんか。	記入日	令和 年 月 日
	氏名	
令和 年 月 日にお持ちください。	記入者	<input type="checkbox"/> 患者さん <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 医療者

患者さん・ご家族の方へ（※記入はこの面のみです。）

あなたのおからだや生活の状況についてうかがい、診療に活かしたいと考えています。ご協力をお願いします。

1 現在、気になっていること、困っていることについて、あてはまるものにチェックをお願いします。

【病気・治療に関すること】 **特にない**

病気・病状に関すること 治療に関すること 通院に関すること

治療に積極的になれない 自分の考えを尊重してもらえない 手術後に関すること

周りの理解がない (父,母,きょうだい,配偶者またはパートナー,子ども,友人,彼氏または彼女,その他 _____)

その他 (_____)

【生活に関すること】 **特にない**

経済的なこと 学校や仕事に関すること 大切な予定に参加できない

結婚に関すること 妊娠・出産に関すること 性に関すること

家族や周囲のこと (父,母,きょうだい,配偶者またはパートナー,子ども,友人,彼氏または彼女,その他 _____)

※具体的にはどのようなことですか。 (_____)

その他 (_____)

2 現在のからだの症状について、最もあてはまる数字に○をつけ、あてはまる症状にチェックをお願いします。

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
症状なし			←弱				強→			ひどい症状あり	
<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> からだがだるい	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 便秘・下痢							
<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ	<input type="checkbox"/> 疲れる	<input type="checkbox"/> 眠れない	<input type="checkbox"/> 物忘れをする							
<input type="checkbox"/> その他 (_____)											

3 現在の気持ちのつらさについて、最もあてはまる数字に○をつけ、あてはまる症状にチェックをお願いします。

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
症状なし			←弱				強→			ひどい症状あり	
<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> こわい	<input type="checkbox"/> つらい	<input type="checkbox"/> 心配	<input type="checkbox"/> やる気がでない							
<input type="checkbox"/> いらだち	<input type="checkbox"/> 悲しい	<input type="checkbox"/> 怒り	<input type="checkbox"/> さびしい	<input type="checkbox"/> 希望を持ってない							
<input type="checkbox"/> 落ち込んでいる	<input type="checkbox"/> 混乱している	<input type="checkbox"/> 集中できない	<input type="checkbox"/> 外見が気になる	<input type="checkbox"/> 落ち着かない							
<input type="checkbox"/> その他 (_____)											

4 これからの治療・ケアを自分だけで考えるのが難しいとき、あなたには相談できる方がいらっしゃいますか。

いる (名前: _____ 関係: _____) いない

5 からだがつらいときなどに受けたい医療・ケア、今後過ごす場所についての相談を希望されますか。

現時点で希望する 将来的には希望する 希望しない わからない

ご記入くださいましてありがとうございました。
スクリーニング（AYA・ACP 対応版）：愛媛県立中央病院