

スクリーニングの手順

記載の有無
表紙に反映されます **あり**

病院名: **市立豊中病院**

期間: 平成26年9月1日現在

スクリーニングの項目、対象、方法、タイミング、スクリーニングした結果の確認者、スクリーニング結果の活用方法等についてご記載ください。

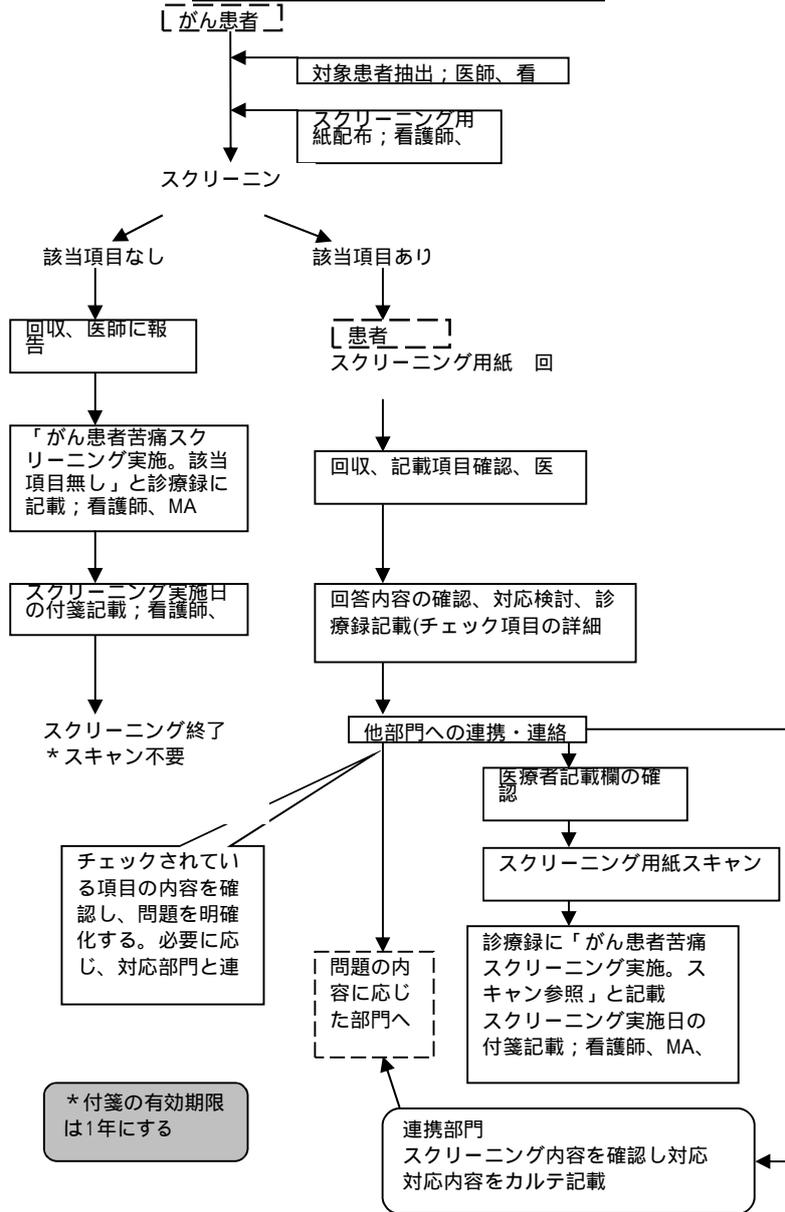
役職等に個人名が記載されていないことをご確認ください。

このシートに貼付することが難しい場合、ファイル名を別紙16とした電子ファイル、別添資料を提出すること。

別添資料の提出有無 **あり** (あり・なし)
 ファイル形式 **PDF** (ワード、一太郎、リッチテキスト、エクセル、パワーポイント、PDF、その他)
 その他の場合ファイル形式を記載してください。

スクリーニング項目 別紙

スクリーニング結果の確認者
緩和ケアチーム



がんサポートチェックシート①

氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

当院は、厚生労働省より「地域がん診療拠点病院」として指定を受けています。手術や化学療法、放射線治療などを組み合わせた集学的治療および緩和ケアを提供する体制を有しており、患者様の病状に応じた適切な治療を提供しています。

また、がん患者様の生活の質(QOL)向上の為に、療養における身体面・心理面・社会面の問題にも注目し、それらの問題による苦痛が少しでも緩和できるようにサポートしています。その為、患者様の日々の生活について、お尋ねさせていただきます。

次の各質問に対し、当てはまる方に○をつけて下さい

1. 日々の生活に影響を及ぼすような、身体症状はありますか
はい ・ いいえ
2. 気持ちが落ち込む、不安が強いなどの気持ちに関する問題がありますか
はい ・ いいえ
3. 医療費や就労に関する事など社会的な面に関する心配はありますか
はい ・ いいえ
4. 自宅での生活や今後の療養生活についての心配や不安はありますか
はい ・ いいえ

* 全ての項目に「いいえ」と答えられた方

質問は以上です。診察時に、回収させていただきます。

今後も、上記内容について適宜お尋ねさせて頂く予定ですが、何かお困りのことが生じた際は、ご相談下さい。

* 「はい」と答えた項目のある方

お困りの内容について、詳しくおたずねします。

裏面の質問にお答え下さい。

医療者連絡事項：チェックシート①のみの場合は、診療録に実施記録、
実施日付箋記録し終了。(スキャンは不要)

がんサポートチェックシート②

チェックシート①で「はい」と答えた項目のある方は
こちらのチェックシートも回答して下さい。

1. あなたの感じられている問題について、さらに詳しくお尋ねします。当てはまるものにチェックを入れ、その内容をお書きください

1) 身体面の問題について

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ①痛みがある | <input type="checkbox"/> ④食事が食べにくい |
| <input type="checkbox"/> ②しびれがある | <input type="checkbox"/> ⑤病気や治療についての情報が欲しい |
| <input type="checkbox"/> ③体がだるい(倦怠感がある) | <input type="checkbox"/> ⑥その他 |
- []

2) 気持ちに関する問題について

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ⑦眠れない | <input type="checkbox"/> ⑨不安が強い |
| <input type="checkbox"/> ⑧気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> ⑩なんとなく気持ちが落ち着かない |
- []

3) 社会面について

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ⑪仕事に関する不安がある | <input type="checkbox"/> ⑫医療費に関する不安がある |
|---------------------------------------|--|
- []

4) 自宅での生活や療養に関する問題について

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ⑬今後の治療継続について心配がある | <input type="checkbox"/> ⑯病気や治療についての情報が欲しい |
| <input type="checkbox"/> ⑭家族に関する不安がある | <input type="checkbox"/> ⑰他の患者さんと話をする場がほしい |
| <input type="checkbox"/> ⑮日々の生活上の心配がある | <input type="checkbox"/> ⑱その他 |
- []

2. 上記問題の解決について、相談窓口を利用することができます。利用を希望されますか

- 出来るだけ早く相談したい 相談の予約をしたい 今は希望しない

医療者記載欄

回収日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 回収場所: _____ 回収者: _____

問題の優先順位: ①() ②() ③()

対応 当該部署対応で終了

他部署・他部門連携



連携部署: _____

(担当者:)

当日対応依頼

予約 : 月 日 時

部門案内のみ

* 患者氏名、記載項目を確認しスキャン提出

* 診療録、付箋に実施日を入力

a990990991005700C0167001a

市立豊中病院