

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: **関西医科大学附属枚方病院**

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 **なし** (あり・なし)

ファイル形式 **Word** (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。

記入日 年 月 日 ID 名前

緩和ケア症状スクリーニングシート

1. 現在の症状はどの程度生活の支障になっていますか？

● 全く支障はない 特に気にならない	<input type="checkbox"/>
● 症状により生活に支障はあるが、今は対応はいらぬ	<input type="checkbox"/>
● 症状により生活に支障があり、対応してほしい	<input type="checkbox"/>

2. 以下の症状が一番つよいときは、どのくらいの強さでしたか？

① 痛み(一番強い時)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
② (一番弱い時)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
③ ねむけ(うとうとした感じ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
④ だるさ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑤ 息切れ(息苦しさ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑥ 食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑦ はき気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑧ しびれ(びりびり痛む)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑨ 不眠(眠れない)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. ①～⑨の症状のうち 一番困っているものは何ですか？ ()

4. こころの状態
この1週間(1週間)の気持ちのつらさを平均して当てはまる数字に○をつけてください

5. 入院の方のみお答えください 持参薬の中に医療用麻薬(オキシコドン・オキシコンチン・オキノーム フェンタニール・デュロテップパッチ アブストラル)はありますか？ Yes ・ No