

埼玉県立がんセンター緩和ケアコンサルテーション依頼

今日の日付: 年 月 日

依頼者名 様 連絡先 TEL&FAX or E-mail

患者の症状

年齢 才 男・女 病名

転移

腎機能低下: 有 無 疑 糖尿病: 有 無 疑 消化性潰瘍の既往: 有 無

相談したい内容

以下の質問で□欄の該当するすべてに☑印をつけ、程度をご記入下さい。

つらい症状はなんですか？ また、現在その症状の程度はどれくらいつらいですか？

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み | なし / 軽 / 中 / 重 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | なし / 軽 / 中 / 重 |
| <input type="checkbox"/> だるさ(疲れやすさ) | なし / 軽 / 中 / 重 |
| <input type="checkbox"/> 食欲不振 | なし / 軽 / 中 / 重 |
| <input type="checkbox"/> 不眠(眠れない) | なし / 軽 / 中 / 重 |
| <input type="checkbox"/> 気持ちのつらさ | なし / 軽 / 中 / 重 |

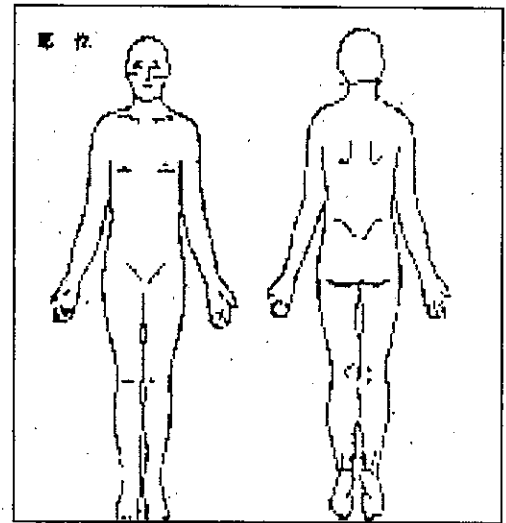
その他 はきけがある 眠気(もうろうとした感じ) 息苦しさ(息切れ) おなかがはる
 しびれる 不安が強い 気分が落ち込む(ゆううつ) 気力がない
 むくみがある ひとりでは動けない 咳がでる 熱がある 味がわからない
 その他()
 便通: 排便回数 週に()回(かたい 普通 やわらかい)

※ 痛みについてのご相談の場合には、アセスメントシートも送信ください

痛みのアセスメントシート

1. 痛みの部位(右図に記入)

※痛みの部位にNo.を付け以下の項目を痛みの部位別に記載



2. 経時的変化

- 常に痛みが存在する
- 突発的な痛みがある
- 1日のうちに決まった時間に痛みがある
- その他()

3. 性質

- 重い びりびり 鈍い 電気が走る うずく
 焼けるような 刺すような 締め付ける その他()

4. 痛みの強さ

軽 / 中 / 重

※痛みの部位が複数ある場合は番号をふり、アセスメントシートに反映して下さい。

5. 増悪因子: 定期薬内服前 夜間 体動 食事(前・後) その他:

6. 緩和因子: 安静 温罨法 その他:

7. 現在使用中の定期鎮痛薬 とその効果

8. 頓用薬(レスキュー) の効果と副作用

● 薬名()
 効果 () 回/日
 1. 完全によくなった ◎
 2. だいたいよくなった ○
 3. 少しよくなった △
 4. かわらない ×

副作用
 ・眠気 1. なし
 2. あり(快)
 3. あり(不快)
 ・嘔気 1. なし
 2. あり(経口摂取可能)
 3. あり(経口摂取不可能)

9. 過去に使用したが中止した鎮痛薬とその効果

10. 鎮痛薬による副作用

眠気 1. なし 2. あり(快) 3. あり(不快) 嘔気 1. なし 2. あり その他()

11. 痛みの原因として疑われる病変

12. 痛み・疼痛治療に対する受け止め方・考え方

13. 鎮痛に関する患者の希望・目標