生活のしやすさに関する質問票

記入日　　年　　月　　日
氏　名

◆ 気になっていること、心配していることや相談しておきたいことはありますか？

◆ からだの症状・・・この24時間で、平均してどれくらいの強さでしたか？

全くなかった ←→ これ以上考えられないほどひどかった

痛　み（一番強いとき）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
（一番弱いとき）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ねむけ（うとうとした感じ）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ（つかれ）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息切れ（息苦しさ）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
おなかの張り	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
しびれやピリピリ痛む感じ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

便通（　　）回/週　硬い　普通　やわらかい　　**睡眠**　よく眠れる　時々起きるがだいたい眠れる　眠れない

●症状が強くなるときはどんなときですか？

定期的な薬を飲む前	夜	からだを動かしたとき	食事（前・後）
排尿や排便をするとき	その他（　　）		

◎ 完全によくなった
○ だいたいよくなった
△ すこしよくなった
× かわらない

◆ 頓用薬（レスキュー）の使用状況

回数（/日）	薬剤名	使用前（症状の強さ）	使用後（症状の強さ）	効果	吐き気	眠気
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		なし　あり	なし あり（快） あり（不快）

◆ こころの状態・・・この1週間の気持ちのつらさを平均して、いくつぐらいでしたか？

つらくない　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　すごくつらい

◆日常生活について
今困っていること、今やるのが難しいが、これが出来たらいいなと思うこと、
今または先々でやってみたいこと、をご自由にご記入下さい。