

スクリーニングシートの一例

入院時に以下のような内容をご記入いただきます

あなたの気持ちの確認用紙 ～自分らしい生活を送るために～

* この用紙は治療の同意書ではありません。

治療やケア・生活のことで気持ちに変化があれば、その都度医療者へお伝えください。

記載日 西暦 年 月 日 記載者氏名 (続柄:)

病気になると、治療や生活などについて不安になることがあると思います。
この確認用紙を用いて、今後の治療のことや大切なことを考えてみましょう。そして治療のことだけでなく、生活の中で大切にしたいことを私たち医療者にも伝えてください。私たちは、患者の意思を尊重し、自分らしく過ごすためのお手伝いをしたいと思っています。気持ちや考えはその時々で変化しますので、繰り返し話し合っていきましょう。

現在のあなたのことについて教えてください

1. 今後の病気や生活について、気になる事がありますか。当てはまる口に✓をしてください

 気になる事はない あまり気にならない 少し気になる 気になる とても気になる

2. 治療のことや日常生活の中で、気になっていること・心配していることを自由にご記入ください

 治療 自宅での生活 仕事 経済面 その他 → 気になっている内容の口に✓をして下さい。

3. からだの症状(痛みや吐き気など)についてお尋ねします

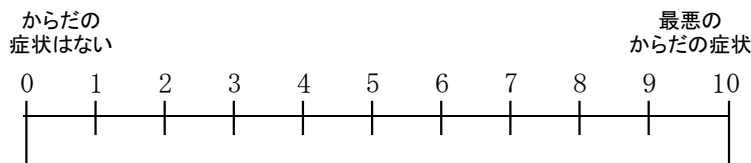
① 現在からだの症状はありますか？

 あてはまる症状に○をして下さい。

痛み しびれ はきけ 食欲の低下 眠気
からだのだるさ 息苦しい
その他()

↓
具体的にどのような状況ですか

② 現在のからだの症状はどの程度でしょうか？

 最もあてはまる数字に○をつけて下さい。


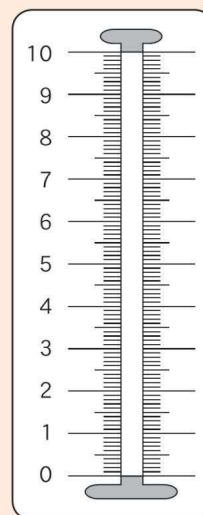
4. 気持ちのつらさについてお尋ねします

この1週間の気持ちのつらさを平均して、
最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

気持ちが
最高に
つらい

気持ちが
中くらいに
つらい

気持ちの
つらさは
ない



5. 当院には身体の苦痛や気持ちのつらさを少しでも和らげるための専門の医療者がいます。

診察をご希望されますか？

希望する (身体的緩和の医師 ・ 精神的緩和の医師 ・ 心理士 ・ がん看護の専門看護師)
希望しない

 以下、前回と同様で気持ちに変化はありません。

6. あなたにとって、自分らしく過ごすために、以下の項目がどのくらい大切とお考えですか？
当てはまる口に✓をしてください。答えづらい質問は空欄で構いません。

1) 医師と話し合って治療を決めること

- 大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う
とても大切に思う

2) からだに苦痛を感じないこと

- 大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う
とても大切に思う

3) 自宅や病院など、自分が望む場所で過ごすこと

- 大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う
とても大切に思う

4) 希望をもって過ごすこと

- 大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う
とても大切に思う

5) 人に迷惑をかけないこと

- 大切に思わない あまり大切に思わない 少し大切に思う 大切に思う
とても大切に思う

その他、上記以外で、自分らしく過ごすために、大切なことがあれば、自由にご記入ください

7. 医師から治療の目標について、どのような説明を受けましたか？
当てはまる口に✓をしてください

- ①まだ治療についての説明を受けていない・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
②がんを完全に除去すること（がんが完治すること）が目標・・・・・・・・・・・・
③がんを完全には除去できないが、がんをできるだけ小さくすることが目標・・・・・・・・
④がんを完全には除去できないが、がんによる症状を和らげることが目標・・・・・・・・
⑤よく分からない・・

8. あなたはどのような治療を希望されますか？当てはまる口に✓をしてください

① 抗がん治療や手術を

- 受けたいと思わない あまり受けたいと思わない 少し受けたいと思う 受けたいと思う
分からない

② 標準的ながん治療の継続が難しくなった場合でも、わずかでも効果が期待できる可能性があるなら、つらい副作用があっても、がん治療を

- 継続したいと思わない あまり継続したいと思わない 少し継続したいと思う
継続したいと思う 分からない

9. 今までの生活を維持するために、がん治療と共に、あるいはがん治療よりも優先したいことがありますか？当てはまる口に✓をしてください

- がん治療を優先したい 他に優先したいことがある（内容：)
分からない

***** 以下、あなたに当てはまらない質問や答えづらい質問は、空欄で構いません *****

* 10. からだがつらい時の医療に関する希望(してほしくない事など)について、あなた自身で考えたり、家族(大切な人)や医療者に伝えたことがありますか？

- * 家族にも、医療者にもだいたい伝えている
- * 医療者には伝えているが家族には伝えていない
- * 考えたことがない

* 11. からだがつらい時の医療に関する希望(してほしくない事など)について医療者と話し合いたいですか？

- * 今、話し合っておきたい
- * 今も今後も話し合いたくない

* 12. からだがつらいなどの理由で自分の意思表示が難しい場合、どなたに(家族等)意思決定を、任せたいですか？

(意思決定を任せたい人のお名前： 続柄：)

* 13. からだがつらい時に過ごす場所として、「どのような場所で過ごしたいか」また、その療養場所で「どのようなケアが受けられるのか」などを医療者へ相談したいですか？

例) 自宅で過ごす時の訪問診療について、緩和ケア施設について、がんセンター以外の病院について

- * 今、医療者へ相談したいことがある (相談したい内容：)
- * からだがつらくなった時に相談したい
- * その時にならないと分からない
