

IPOS スタッフ版

Q1 この7日間、患者さんにとって主に大変だったことや気がかりは何でしたか？

1.
2.
3.

Q2 この7日間、以下のそれぞれの症状について、患者さんはどれくらい生活に支障があったか最もよく表しているものに一つだけチェックしてください。

	全く支障は なかった	少しあった (気になら なかった)	中くらい あった (いくらか 支障がでた)	とてもあった (大きな支障 がでた)	耐えられない くらいあった (他のことを考え られなかった)	評価不能 (例：昏睡)
痛み	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ (息苦しさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
力や元気が出ない感じ(だるさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気 (吐きそうだった)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐 (実際に吐いた)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食欲不振	0 <input type="checkbox"/> (通常の食欲)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> (食欲が全くない)	<input type="checkbox"/>
便秘	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口の痛みや渴き	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠気	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
動きにくさ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記以外の症状があれば記入し、この3日間、それぞれの症状について、患者さんはどれくらい生活に支障があったか、一つだけチェックしてください。

1. _____ 0 1 2 3 4
2. _____ 0 1 2 3 4
3. _____ 0 1 2 3 4

この7日間についてお聞きします

全くなし たまに ときどき たいてい いつも 評価不能
(例：昏睡)

Q3. 患者さんは病気や治療の
ことで不安や心配を感じ
ていましたか？

0 1 2 3 4

Q4. 患者さんの家族や友人は、
患者さんのことで不安や
心配を感じていた様子で
したか？

0 1 2 3 4

Q5. 患者さんは気分が落ち込
むことはありませんでしたか？

0 1 2 3 4

いつも たいてい ときどき たまに 全くなし 評価不能
(例：昏睡)

Q6. 患者さんは気持ちが穏や
かでいられましたか？

0 1 2 3 4

Q7. 患者さんは気持ちを家族
や友人に十分に分かって
もらえましたか？

0 1 2 3 4

Q8. 患者さんは病気や治療に
ついて、十分に説明がさ
れましたか？

0 1 2 3 4

全て対応
されている／問題
がない 大部分対
応されて
いる 一部対応
されてい
る ほとんど
対応され
ていない 全く対応
されてい
ない 評価不能
(例：昏睡)

Q9. 患者さんは病気のために
生じた、気がかりなこと
に対応してもらえましたか？
(経済的なことや個人的
なことなど)

0 1 2 3 4