

## 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	少しあった	中くらい	とてもあった	耐えられない	評価不能 (例:昏睡)
なかった	(気になら) (なかった)	(いくらか) (支障がでた)	(大きな支障) (がでた)	(他のことを考え) (られなかつた)	

<b>痛み</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	□
<b>息切れ</b> (息苦しさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	□
<b>力や元気が出ない感じ</b> (だるさ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	□
<b>吐き気</b> (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"/>	□
<b>嘔吐</b> (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"/>	□
<b>食欲不振</b>	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)	□
<b>便秘</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	□
<b>口の痛みや渴き</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	□
<b>眠気</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	□
<b>動きにくさ</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	□
2. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	□
3. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	□

## 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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

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

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

Q5. 患者さんは気分が落ち込むことはありましたか？

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

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っしゃいましたか？

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

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いましたか？

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

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 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

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いましたか？  
(経済的なことや個人的なことなど)

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------