

私の日記



©2010 熊本県くまモン

No. _____

年 月 日 ~ 年 月 日



My Diary

No. _____

/	/	~	/	/
---	---	---	---	---





「私の日記」とは…

重い病にかかった方々には、これからの治療・生活・仕事・家族のことなど、様々な心配事や不安が降りかかります。これからの治療・療養を適切に行うためには、専門医に全てまかせておけば良いというのではなく、皆様ご自身が医療関係者と十分に話し合うことが大切です。

「私の日記」は、このような方々にとって病気と向き合いながら日常生活をできるだけ普通に過ごすことを目的に作成したものです。

この「私の日記」には、病気や治療・生活への影響・わからないこと等を自由に記入して、医療者と皆様が十分に意思疎通するための交換日記・記録のようにお使いください。



My Diary is...

People who suffer from severe illness worry about their future, daily life, work and family. It is not enough to leave everything to doctors for proper treatment. It is important that you have a discussion with your healthcare professionals.

My Diary was created for patients facing illness, to make their days as normal as possible.

Do not hesitate to describe what you think about your illness, treatment, impact on daily life and anything you worry about. Please use this diary like an exchange diary or record with medical staff so that you can communicate with each other.

About yourself

Katakana		Birthday	/	/
Name				
Street address	(〒 -)			
Emergency contact information				
1.Name		relationship	home phone:	
			mobile:	
2.Name		relationship	home phone:	
			mobile:	
Primary care doctor			TEL	
Primary care doctor			TEL	
Specialist/ Referral doctor			TEL	
Hospital with palliative care unit				
		TEL		
		Interview (○ / ×)		
		Reservation (○ / ×)		
		TEL		
		Interview (○ / ×)		
		Reservation (○ / ×)		
Home health care aides/nurse				
		Person in charge		
		TEL		
Family pharmacy			Person in charge	
			TEL	
			Person in charge	
			TEL	

おしえて下さい

☆病名：

治療目標：

☆医師から病名・症状・治療方針についての説明を聞いて、
どのように理解されましたか？

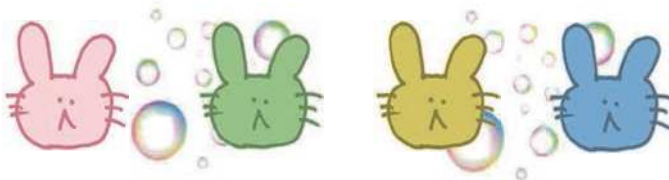
説明をしてくれた医師名：

説明を受けた日： 年 月 日

☆これからの日常生活は何を大切にしたいですか？
ご希望があれば教えてください。

記入日： 年 月 日

記入者： _____



Please let us know

☆Your disease: Goal of your treatment:

☆Please let us know what you understand about your doctor's explanation.

The doctor who explained : Date of Explanation:

- Condition:
- Treatment Plan:

☆What do you want to cherish in your daily life? Please let us know if you wish.

date : / / name _____



体調の日記

年 月 日 ()

【日常生活・その他】

夜の睡眠時間 (時間)	排便回数	排尿回数	体温 (°C)	

【お体の調子】

夜、眠れない	痛みがある	気持ちのつらさがある	
□は い	□は い	□は い	□は い
痛みの程度			
0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10			

【食事の内容】

朝ごはん	
昼ごはん	
夕ごはん	

【自由記入欄】

.....

.....

.....

.....

.....

年 月 日 ()

【日常生活・その他】

夜の睡眠時間 (時間)	排便回数	排尿回数	体温 (°C)	

【お体の調子】

夜、眠れない	痛みがある	気持ちのつらさがある	
□は い	□は い	□は い	□は い
痛みの程度			
0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10			

【食事の内容】

朝ごはん	
昼ごはん	
夕ごはん	

【自由記入欄】

.....

.....

.....

.....

.....

大事なお薬の使い方と注意点

■ 定期的に使うお薬 記入日（ 月 日）

薬剤名	1回量	使用する時	注意点
(例) ○○○錠	1錠	朝・夕食後	噛まずに飲むこと

■ 追加で使うお薬 記入日（ 月 日）

薬剤名	1回量	使用する時	注意点
(例) ○○○散	1包	痛みが強い時	1日5回まで

■ 身体に貼るお薬 記入日（ 月 日）

薬剤名	貼り替えのタイミング 例) 入浴後

Medicine Usage and Precautions

■ Daily Medicines

date: / /

Medicine Name	Dosage	When do you take it?	Important Notes/Warning/Caution

■ Additional Medicine

date: / /

Medicine Name	Dosage	When do you take it?	Important Notes/Warning/Caution

■ External Medicines

date: / /

Medicine Name	When do you apply it?

医療用麻薬の注意点

■ 副作用について

- **便秘**：多くの方が便秘気味になります。下剤や整腸剤で排便を調整します。
- **吐き気**：飲み始めや増量後の1週間程度、吐き気を催す方がいます。
追加で、吐き気止めのお薬を使用します。
- **眠気**：飲み始めや増量後の1週間程度、眠気を訴える方がいますが、次第に眠気に慣れてきます。

■ 法律で正確に取り扱いが制限されています

- **絶対に**、処方された患者さん以外の方（ご家族等）が使用してはいけません。
- **保管場所**に注意してください。
（子どもやペットの手が届かないところに保管してください。）
- **余った医療用麻薬**は必ず、病院または薬局に**返却**してください。
（捨てたり、他人に譲ったりしてはいけません。）

■ 減量・中止について

- 勝手に中止すると**退薬症候**（だるさ・吐き気・発汗・動悸・不安等）が現れることがあります。減量・中止したい時は、必ず**医師・薬剤師**に相談してください。



Precautions for Medical Narcotics

■ About Side Effects

- **Constipation** : This is a common side effect. Please use laxatives and bowel regulators to keep with defecation.
- **Nausea** : After starting the medicine, or increasing dosage, it is common to experience nausea for about a week.
- **Sleepiness/Drowsiness** : There may be a feeling of drowsiness for about a week after you start taking it or after increasing your dosage. However, you should gradually get used to it. If that's not the case, you should consult your doctor.

■ Handling of Narcotic is restricted by law

- Only the prescribed patient is allowed to use
- Be careful with storage
 - Keep out of reach of children and pets
- Any excess should be returned to the hospital or pharmacy
 - Do not throw away or give to someone else

■ When you want to reduce or discontinue usage

- You may experience withdrawal, such as weariness, nausea, sweatiness, palpitation and uneasiness, if you discontinue without medical guidance
- Always consult your doctor or pharmacist before changing or stopping usage

「私の日記」に関する説明・同意書

同意書への
記入は不要です

病院

科

説明者

「私の日記」を活用した支援について下記のように説明を行いました。

目的	私たちは、患者さん・ご家族が、今後の診療を安心して継続できるように「私の日記」を活用します。
方法	皆さんは日常生活や医療者へ伝えたいことを記入して下さい。
同意と撤回	「私の日記」の情報は、プライバシーに係る内容を保護し、運用と評価以外の目的に使用されることはありません。尚、「私の日記」の使用を中止されても、診療において何ら不利益を被ることはありませんので、ご遠慮なくお申し出下さい。
紛失について	紛失の責任はご自身にあります。個人情報ですので紛失しないよう、取り扱いには十分ご注意下さい。

上記の説明を受け、十分に理解した上で使用に同意します。

年 月 日

患者氏名

家族等氏名

続柄（ ）

Explanation/Consent Form

You no longer need to fill out a consent form

Hospital: _____ Department: _____

Person in charge of explanation: _____

I explained the support of using *My Diary* as form.

Purpose	We use <i>My Diary</i> so that patients and their families can continue their medical treatment with peace of mind.
How to use	Please fill in what you want to convey about your daily life and medical care to the staff in charge of your care
About Discontinuation of <i>My Diary</i>	We guarantee to protect your privacy, and will use the information in this diary only for medical purposes. Even if you choose to stop using <i>My Diary</i> , your medical care will not change. So please do not hesitate to contact us.
About Loss on <i>My Diary</i>	You are responsible for the loss your diary. This contains personal information, so please handle with care and be careful not to lose it.

I agree to use *My Diary* after receiving the above explanation and fully understand my responsibilities.
Consent Date: _____

Patient Name: _____

Family Member: _____ (Relationship: _____)