

私のノート

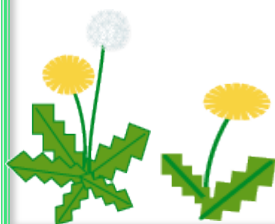


「私のノート」とは・・・











重い病にかかった方々には、これからの治療・生活・仕事・家族のこと等、様々な心配事や不安が降りかかります。「私のノート」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すごすことを目的に作成されました。



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。この「私のノート」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載して、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。



「私のノート」 ～もくじ～

-  私のプロフィール
-  緊急のときは
-  患者さんの状態
-  情報共有書
-  説明内容・患者さんご家族の思い
-  自由記入欄
-  体調の日記
-  医療用麻薬の使い方





ページの色によって分かれています。

-  ..医療スタッフが記入
-  ..患者さん・ご家族、医療スタッフが記入

私のプロフィール

| | | | | | |
|--------------|--|----------------|----------------|---|---|
| よみがな | | 生 | | | |
| 名前 | | 年 | | 月 | 日 |
| 住所 | (〒 -) | | | | |
| アレルギーの有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() | | | | |
| 緊急時の連絡先 | 1. 名前 | 続柄 | 自宅: | | |
| | | | 携帯: | | |
| | 2. 名前 | 続柄 | 自宅: | | |
| | | | 携帯: | | |
| 訪問診療医 | | | | | ☎ |
| | | | | | ☎ |
| 専門医・紹介医 | | | | | ☎ |
| | | | | | ☎ |
| 緩和ケア病棟を有する病院 | | 面接(済・未)予約(有・無) | | | ☎ |
| | | | 面接(済・未)予約(有・無) | | ☎ |
| 訪問看護 | | 担当 | | | ☎ |
| 居宅 | | 担当 | | | ☎ |
| 介護ヘルパー | | 担当 | | | ☎ |
| 福祉用具業者 | | 担当 | | | ☎ |
| | | 担当 | | | ☎ |
| | | 担当 | | | ☎ |
| | | 担当 | | | ☎ |
| その他の医療機関名 | | | | | ☎ |
| | | | | | ☎ |
| 保険薬局 | | | | | ☎ |

緊急のときは

| 症状と対応 | 連絡先 |
|--|-----|
| 例) 吐き気が強くなったら  1日に2食とれないときは吐き気止めを飲む、治らなければ受診。 | 専門医 |
|  | |
|  | |
|  | |

患者さんの状態

(記入日 年 月 日)

| | |
|--|---|
| 確認事項 | 介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 (<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5) 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(視 聴 音 肢 内 第 種 級) |
| | 保険証種別 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> その他() |
| ADL 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 認知の問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() PS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 寝たきり度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | 連絡事項 |

| | |
|---------|---|
| 処置などの内容 | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH (ポートの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 吸引 (<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 気切部) <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡管理 <input type="checkbox"/> その他() |
| | |

情報共有書

カナ
患者氏名
生年月日

導入日:
拠点病院:
年齢 性別
血液型 型 Rh

診断:

(年 月 日)

血液検査 HBsAg 陽性 陰性 不明
HCVAb 陽性 陰性 不明

その他 (

既往歴・これまでの経過

高血圧 糖尿病 心疾患 脳血管障害 精神疾患

体調の日記

平成 年

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|
| 月 | 日 | / | / | / | 備考 |
|---|---|---|---|---|----|

【日常生活・その他】

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| 食べた食事の量 (%) | | | |
| 夜の睡眠時間 (時間) | | | |
| 排便回数 (回/日) | | | |
| 排尿回数 (回/日) | | | |
| 体温 (°C) | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

【お体の調子】

| | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 体がだるい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 痛みがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 日中に眠気がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 吐き気がする | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 嘔吐した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 息切れがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 咳・たんがでる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 夜、眠れない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 薬を飲むのがキツイ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【痛みの程度】

| | | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 最も痛い | 10 | | | | | | |
| かなり痛い | 8 | | | | | | |
| 痛い | 6 | | | | | | |
| 少し痛い | 4 | | | | | | |
| あまり痛くない | 2 | | | | | | |
| 痛くない | 0 | | | | | | |

【決まった時間に使用する痛み止め】 薬剤名は医療関係者が記入

| | | | | | | | |
|---|---------|----|---|---|---|---|---|
| 1 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |

【臨時の痛み止め】

| | | | |
|--|--|--|--|
| 薬剤名 () 1回 _____ 薬剤名 () 1回 _____ 使用した時間に●をつける | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 確認した医療者 | | | |
|---------|--|--|--|

体調の日記

平成 _____ 年

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 月 | 日 | / | / | / | / |
|---|---|---|---|---|---|

【日常生活・その他】

| | | | | |
|-------------|--|--|--|--|
| 食べた食事の量 (%) | | | | |
| 夜の睡眠時間 (時間) | | | | |
| 排便回数 (回/日) | | | | |
| 排尿回数 (回/日) | | | | |
| 体温 (°C) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

【お体の調子】

| | | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 体がだるい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 痛みがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 日中に眠気がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 吐き気がする | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 嘔吐した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 息切れがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 咳・たんがでる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 夜、眠れない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 薬を飲むのがキツイ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【痛みの程度】

| | | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 最も痛い | 10 | | | | | | | | |
| かなり痛い | 8 | | | | | | | | |
| 痛い | 6 | | | | | | | | |
| 少し痛い | 4 | | | | | | | | |
| あまり痛くない | 2 | | | | | | | | |
| 痛くない | 0 | | | | | | | | |

【決まった時間に使用する痛み止め】 薬剤名は医療関係者が記入

| | | | | | | | |
|---|---------|----|---|---|---|---|---|
| 1 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |

【臨時の痛み止め】

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 薬剤名 () 1回 _____ 薬剤名 () 1回 _____ 使用した時間に●をつける | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 確認した医療者 | | | |
|---------|--|--|--|

体調の日記

平成 年

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|
| 月 | 日 | / | / | / | 備考 |
|---|---|---|---|---|----|

【日常生活・その他】

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| 食べた食事の量 (%) | | | |
| 夜の睡眠時間 (時間) | | | |
| 排便回数 (回/日) | | | |
| 排尿回数 (回/日) | | | |
| 体温 (°C) | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

【お体の調子】

| | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 体がだるい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 痛みがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 日中に眠気がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 吐き気がする | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 嘔吐した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 息切れがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 咳・たんがでる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 夜、眠れない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 薬を飲むのがキツイ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【痛みの程度】

| | | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 最も痛い | 10 | | | | | | |
| かなり痛い | 8 | | | | | | |
| 痛い | 6 | | | | | | |
| 少し痛い | 4 | | | | | | |
| あまり痛くない | 2 | | | | | | |
| 痛くない | 0 | | | | | | |

【決まった時間に使用する痛み止め】 薬剤名は医療関係者が記入

| | | | | | | | |
|---|---------|----|---|---|---|---|---|
| 1 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |

【臨時の痛み止め】

| | | | |
|--|--|--|--|
| 薬剤名 () 1回 _____ 薬剤名 () 1回 _____ 使用した時間に●をつける | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 確認した医療者 | | | |
|---------|--|--|--|

体調の日記

平成 年

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 月 | 日 | / | / | / | / |
|---|---|---|---|---|---|

【日常生活・その他】

| | | | | |
|-------------|--|--|--|--|
| 食べた食事の量 (%) | | | | |
| 夜の睡眠時間 (時間) | | | | |
| 排便回数 (回/日) | | | | |
| 排尿回数 (回/日) | | | | |
| 体温 (°C) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

【お体の調子】

| | | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 体がだるい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 痛みがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 日中に眠気がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 吐き気がする | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 嘔吐した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 息切れがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 咳・たんがでる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 夜、眠れない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 薬を飲むのがキツイ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【痛みの程度】

| | | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 最も痛い | 10 | | | | | | | | |
| かなり痛い | 8 | | | | | | | | |
| 痛い | 6 | | | | | | | | |
| 少し痛い | 4 | | | | | | | | |
| あまり痛くない | 2 | | | | | | | | |
| 痛くない | 0 | | | | | | | | |

【決まった時間に使用する痛み止め】 薬剤名は医療関係者が記入

| | | | | | | | |
|---|---------|----|---|---|---|---|---|
| 1 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |

【臨時の痛み止め】

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 薬剤名 () 1回 _____ 薬剤名 () 1回 _____ 使用した時間に●をつける | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 確認した医療者 | | | |
|---------|--|--|--|

体調の日記

平成 年

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|
| 月 | 日 | / | / | / | 備考 |
|---|---|---|---|---|----|

【日常生活・その他】

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| 食べた食事の量 (%) | | | |
| 夜の睡眠時間 (時間) | | | |
| 排便回数 (回/日) | | | |
| 排尿回数 (回/日) | | | |
| 体温 (°C) | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

【お体の調子】

| | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 体がだるい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 痛みがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 日中に眠気がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 吐き気がする | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 嘔吐した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 息切れがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 咳・たんがでる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 夜、眠れない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 薬を飲むのがキツイ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【痛みの程度】

| | | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 最も痛い | 10 | | | | | | |
| かなり痛い | 8 | | | | | | |
| 痛い | 6 | | | | | | |
| 少し痛い | 4 | | | | | | |
| あまり痛くない | 2 | | | | | | |
| 痛くない | 0 | | | | | | |

【決まった時間に使用する痛み止め】 薬剤名は医療関係者が記入

| | | | | | | | |
|---|---------|----|---|---|---|---|---|
| 1 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |

【臨時の痛み止め】

| | | | |
|--|--|--|--|
| 薬剤名 () 1回 _____ 薬剤名 () 1回 _____ 使用した時間に●をつける | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 確認した医療者 | | | |
|---------|--|--|--|

体調の日記

平成 _____ 年

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 月 | 日 | / | / | / | / |
|---|---|---|---|---|---|

【日常生活・その他】

| | | | | |
|-------------|--|--|--|--|
| 食べた食事の量 (%) | | | | |
| 夜の睡眠時間 (時間) | | | | |
| 排便回数 (回/日) | | | | |
| 排尿回数 (回/日) | | | | |
| 体温 (°C) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

【お体の調子】

| | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 体がだるい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい |
| 痛みがある | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい |
| 日中に眠気がある | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい |
| 吐き気がする | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい |
| 嘔吐した | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい |
| 息切れがある | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい |
| 咳・たんがでる | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい |
| 気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい |
| 夜、眠れない | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい |
| 薬を飲むのがキツイ | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | はい |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

【痛みの程度】

| | | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 最も痛い | 10 | | | | | | | | |
| かなり痛い | 8 | | | | | | | | |
| 痛い | 6 | | | | | | | | |
| 少し痛い | 4 | | | | | | | | |
| あまり痛くない | 2 | | | | | | | | |
| 痛くない | 0 | | | | | | | | |

【決まった時間に使用する痛み止め】 薬剤名は医療関係者が記入

| | | | | | | | |
|---|---------|----|---|---|---|---|---|
| 1 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |

【臨時の痛み止め】

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 薬剤名 () 1回 _____ 薬剤名 () 1回 _____ 使用した時間に●をつける | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 確認した医療者 | | | |
|---------|--|--|--|

体調の日記

平成 年

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|
| 月 | 日 | / | / | / | 備考 |
|---|---|---|---|---|----|

【日常生活・その他】

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| 食べた食事の量 (%) | | | |
| 夜の睡眠時間 (時間) | | | |
| 排便回数 (回/日) | | | |
| 排尿回数 (回/日) | | | |
| 体温 (°C) | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

【お体の調子】

| | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 体がだるい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 痛みがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 日中に眠気がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 吐き気がする | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 嘔吐した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 息切れがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 咳・たんがでる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 夜、眠れない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 薬を飲むのがキツイ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【痛みの程度】

| | | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 最も痛い | 10 | | | | | | |
| かなり痛い | 8 | | | | | | |
| 痛い | 6 | | | | | | |
| 少し痛い | 4 | | | | | | |
| あまり痛くない | 2 | | | | | | |
| 痛くない | 0 | | | | | | |

【決まった時間に使用する痛み止め】 薬剤名は医療関係者が記入

| | | | | | | | |
|---|---------|----|---|---|---|---|---|
| 1 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |

【臨時の痛み止め】

| | | | |
|--|--|--|--|
| 薬剤名 () 1回 _____ 薬剤名 () 1回 _____ 使用した時間に●をつける | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 確認した医療者 | | | |
|---------|--|--|--|

体調の日記

平成 年

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 月 | 日 | / | / | / | / |
|---|---|---|---|---|---|

【日常生活・その他】

| | | | | |
|-------------|--|--|--|--|
| 食べた食事の量 (%) | | | | |
| 夜の睡眠時間 (時間) | | | | |
| 排便回数 (回/日) | | | | |
| 排尿回数 (回/日) | | | | |
| 体温 (°C) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

【お体の調子】

| | | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 体がだるい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 痛みがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 日中に眠気がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 吐き気がする | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 嘔吐した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 息切れがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 咳・たんがでる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 夜、眠れない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 薬を飲むのがキツイ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【痛みの程度】

| | | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 最も痛い | 10 | | | | | | | | |
| かなり痛い | 8 | | | | | | | | |
| 痛い | 6 | | | | | | | | |
| 少し痛い | 4 | | | | | | | | |
| あまり痛くない | 2 | | | | | | | | |
| 痛くない | 0 | | | | | | | | |

【決まった時間に使用する痛み止め】 薬剤名は医療関係者が記入

| | | | | | | | |
|---|---------|----|---|---|---|---|---|
| 1 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |

【臨時の痛み止め】

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 薬剤名 () 1回 _____ 薬剤名 () 1回 _____ 使用した時間に●をつける | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 確認した医療者 | | | |
|---------|--|--|--|

体調の日記

平成 年

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|
| 月 | 日 | / | / | / | 備考 |
|---|---|---|---|---|----|

【日常生活・その他】

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| 食べた食事の量 (%) | | | |
| 夜の睡眠時間 (時間) | | | |
| 排便回数 (回/日) | | | |
| 排尿回数 (回/日) | | | |
| 体温 (°C) | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

【お体の調子】

| | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 体がだるい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 痛みがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 日中に眠気がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 吐き気がする | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 嘔吐した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 息切れがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 咳・たんがでる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 夜、眠れない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 薬を飲むのがキツイ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【痛みの程度】

| | | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 最も痛い | 10 | | | | | | |
| かなり痛い | 8 | | | | | | |
| 痛い | 6 | | | | | | |
| 少し痛い | 4 | | | | | | |
| あまり痛くない | 2 | | | | | | |
| 痛くない | 0 | | | | | | |

【決まった時間に使用する痛み止め】 薬剤名は医療関係者が記入

| | | | | | | | |
|---|---------|----|---|---|---|---|---|
| 1 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |

【臨時の痛み止め】

| | | | |
|--|--|--|--|
| 薬剤名 () 1回 _____ 薬剤名 () 1回 _____ 使用した時間に●をつける | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 確認した医療者 | | | |
|---------|--|--|--|

体調の日記

平成 _____ 年

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 月 | 日 | / | / | / | / |
|---|---|---|---|---|---|

【日常生活・その他】

| | | | | |
|-------------|--|--|--|--|
| 食べた食事の量 (%) | | | | |
| 夜の睡眠時間 (時間) | | | | |
| 排便回数 (回/日) | | | | |
| 排尿回数 (回/日) | | | | |
| 体温 (°C) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

【お体の調子】

| | | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 体がだるい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 痛みがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 日中に眠気がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 吐き気がする | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 嘔吐した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 息切れがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 咳・たんがでる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 夜、眠れない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| 薬を飲むのがキツイ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【痛みの程度】

| | | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 最も痛い | 10 | | | | | | | | |
| かなり痛い | 8 | | | | | | | | |
| 痛い | 6 | | | | | | | | |
| 少し痛い | 4 | | | | | | | | |
| あまり痛くない | 2 | | | | | | | | |
| 痛くない | 0 | | | | | | | | |

【決まった時間に使用する痛み止め】 薬剤名は医療関係者が記入

| | | | | | | | |
|---|---------|----|---|---|---|---|---|
| 1 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |

【臨時の痛み止め】

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 薬剤名 () 1回 _____ 薬剤名 () 1回 _____ 使用した時間に●をつける | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 確認した医療者 | | | |
|---------|--|--|--|

医療用麻薬の使い方

医師が処方する医療用麻薬は、痛みにも最も有効で安全に使える薬の一つです。適切に使っていけば、依存症や中毒になることはありません。安心してお使いください。

■ 時刻を決めて使うお薬

食事とは関係なく決められた時刻に必ずお使いください。

✓ () 1回 _____ 包・錠・枚 (内服・貼付)
1日 _____ 回 (使用時刻: 時 / 時 / 時)

✓ () 1回 _____ 包・錠・枚 (内服・貼付)
1日 _____ 回 (使用時刻: 時 / 時 / 時)

■ 痛みが強くなったときに追加で飲むお薬

すぐに1回分飲んでください

✓ () 1回 _____ 包・錠 内服

★飲んでから1時間以上たっても痛みが軽くない場合は、我慢せずもう1回分飲んでください。繰り返し飲んでも効かなくなることはありませんのでご安心ください。



副作用について

医療用麻薬を飲んでいると、時々、次のような症状が起こることがあります。しかし、これらの症状は軽くする事ができますので、薬剤師や看護師にご相談ください。

～便秘～

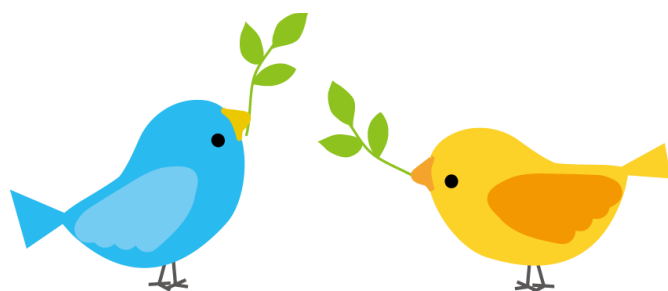
ほとんどの方が便秘気味になりますが、整腸剤や下剤を組み合わせ調整できますので、ご安心ください。

～吐き気～

飲み始めの1週間くらいは、吐き気が起こることがありますが、お薬を使うことで症状を軽くすることができます。

～眠気～

飲み始めや薬の量が増えたときに眠気が起こることがあります。ほとんどの方は体が慣れると、眠気が無くなります。



注意点

- 医師が処方する医療用麻薬は効果と安全性が確立していますが、法律により取り扱いが制限されています。

★ 処方された患者さん以外の方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処方してもらった病院または薬局に返却してください。

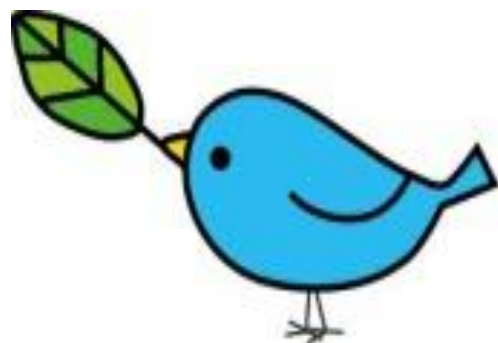
（ご自分で捨てたり、他人に譲ったりしてはいけません）



医療用麻薬の変更・減量・中止について

- 医療用麻薬の効果が不十分であったり、副作用のために服用が難しくなった場合は、違う種類の医療用麻薬に変更したり、減量・中止する場合があります。
- 服用をいきなり中止すると、だるさ・吐き気・発汗・動悸・不安などの症状が現れることがあります（**退薬症候**）。
- 医療用麻薬の減量・中止は、医療機関で責任をもって判断しますのでご安心ください。

[MEMO]



緩和ケアとは・・・



緩和ケアとは、重い病を抱える患者さんやその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケアのことです。

また緩和ケアは、**治療ができなくなってから始めるものではありません。**緩和ケアというと末期と誤解される方々がいらっしゃいますが、これは明らかな間違いです。

重い病と診断され身体や心のつらさが大きいと、日常生活に及ぼす悪影響が心配されます。そのため、**「つらさを和らげる＝緩和ケア」**が大切なのです。

私たちは、治療・療養を受けられる皆様ができるだけ安心して日常生活をすごし、心配な事に対処していくことができるように支えていきたいと考えています。



在宅緩和ケアを知っていますか・・・



- ①抗がん剤治療を外来で受けているが、通院が大変になってきた。
- ②痛みなどの苦痛があり通院が困難で、できれば自宅で治療を受けたい。
- ③緩和ケア病棟など病院に入院するのではなく自宅で最期まで過ごしたい。

こんな方には、在宅緩和ケアという方法があります。

在宅緩和ケアとは？

医師や訪問看護師が定期的に自宅に訪問し症状緩和などの治療を行い、緊急時には24時間電話対応し、必要ならば往診や訪問看護を行います。入院が必要な際には、治療を受けた病院や緩和ケア病棟を有する病院などと連絡をとり入院の手配もします。そんな時にこの「私のノート」が有用です。

どの医療機関で在宅緩和ケアが受けられるかについては、治療を受けておられる病院のがん相談支援センターや医療相談窓口、地域医療連携室にお問い合わせください。



「私のノート」の使い方及び記入例

「私のプロフィール」「患者さんの状態」は、退院時の情報を、発行元の医療機関が記入しますが、使用していくなかで、情報の追記をお願いします。

 の部分は患者さん・ご家族が、 の部分は医療者が記入します。

「私のプロフィール」記入例

| 私のプロフィール | | |
|--------------|--|---------|
| 名前 | ○田 ○夫 | |
| 生年月日 | 1900 年 ○ 月 ○ 日 | |
| 住所 | 熊本県○○市○○○ ○-○-○ | |
| アレルギーの有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(たまご 鶏生剤) | |
| 緊急時の連絡先 | 1. 名前 ○田 △子 続柄 妻 自宅: 096-000-0000 携帯: 096-000-0000 2. 名前 ○川 △美 続柄 娘 自宅: 096-000-0000 携帯: 096-000-0000 | |
| 訪問診療医 | ○○クリニック 平日・昼間 ○○○-○○○-○○○○ 休日・夜間 ○○○-○○○-○○○○ | |
| 専門医・紹介医 | □□病院 平日・昼間 ○○○-○○○-○○○○ 休日・夜間 ○○○-○○○-○○○○ | |
| 緩和ケア病棟を有する病院 | △△病院 重症(済・未)予約(有・無) ○○○-○○○-○○○○ | |
| 訪問看護 | △△ステーション 担当 ○○○-○○○-○○○○ | |
| 居宅 | ○◎居宅介護支援センター 担当 ○○○-○○○-○○○○ | |
| 介護ヘルパー | ××ヘルパーステーション 担当 ○○○-○○○-○○○○ | |
| 福祉用具業者 | △△医療機器 担当 ○○○-○○○-○○○○ | |
| | ○◎訪問入浴サービス 担当 ○○○-○○○-○○○○ | |
| | 福祉タクシー ○○ 担当 ○○○-○○○-○○○○ | |
| その他の医療機関名 | △△療科クリニック ○○○-○○○-○○○○ | |
| 保険薬局 | □□薬局 ○○○-○○○-○○○○ | |
| 緊急のときは | | |
| 症状と対応 | 連絡先 | |
| 嘔吐・吐き気が強くなった | 1日に2食とれないときは吐き気止めを飲む。治らなければ受診。 | 専門医 |
| 痛みが強くなった | レスキュー○回使用しても痛みが取れない時、連絡 | ○○クリニック |
| | | |
| | | |

患者さん
ご家族

基本的に、患者さん・ご家族が記入します。
※医療者でサポートをお願いします。

医療者

患者さんに関わりのある医療機関やサービスの事業所などの情報を記入します。

医療者

緊急時の対応方法を指示をしてください。

「患者さんの状態」記入例

| 患者さんの状態 | |
|-------------------|--|
| (記入日 20○○年 ○月 ○日) | |
| 介護保険 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 |
| 認定済 | <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 |
| 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 |
| 認定済 | 視 <input type="checkbox"/> 聴 <input type="checkbox"/> 音 <input checked="" type="checkbox"/> 肢 <input type="checkbox"/> 第 ○ 種 ○ 級 |
| 保険証種別 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 健保 <input checked="" type="checkbox"/> その他(○○) |
| ADL | 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 |
| 更衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 認知の問題 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() |
| PS | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| 寝たきり度 | J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |
| 確認事項 | 連絡事項 トロミ度 セツティングすれば一人可 |
| 処置などの内容 | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH(ポートの有無) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HOT <input checked="" type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 吸引 (<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 気切部) <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡管理 <input type="checkbox"/> その他() |
| | ノズルソフトコンベックス使用中 ○月○日最終交換(パウチ交換 月、木) 便の書き出しは本人と妻が行えます。 パウチ交換はNSが行っています。 |

医療者

確認事項欄に、患者さんの状態を記入してください。

処置などの内容欄には、処置した内容に加えて、使用している製品の詳細情報や(品名、品番、メーカーなど)処置の方法及び最終処置日を記入してください。

「私のノート」の使い方及び記入例

「情報共有書」は、発行元の医療機関が、既往歴・これまでの経過など患者さんの情報を記入します。

「情報共有書」 記入例

情報共有書

| | | | |
|------|--|-------|-----------|
| カナ | マルタ マルオ | 導入日: | 20××年△月△日 |
| 患者氏名 | ○田 ○夫 | 拠点病院: | □□病院 |
| 生年月日 | 19○○年○月○日 | 年齢 | 59 性別 男 |
| | | 血液型 | A 型 Rh + |
| 診断: | #1 直腸癌 #2 肝転移 #3 糖尿病 #4 間質性肺炎 | | |

(20×× 年 ○ 月 ○ 日)

| | | | |
|------|-------|--|---------|
| 血液検査 | HBsAg | <input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 | その他 () |
| | HCVAb | <input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 | |

既往歴・これまでの経過

高血圧 糖尿病 心疾患 脳血管障害 精神疾患

42歳～ベンフィルR 朝8E 夕4E 使用中

20××年 健診で便潜血陽性にて近医受診。大腸内視鏡施行し大腸がんの疑いあり、組織診の結果、直腸癌の診断あり、□□病院紹介受診。検査の結果、直腸癌の確定診断。マイルス術施行。ストマ造設。

自宅での療養を希望された。

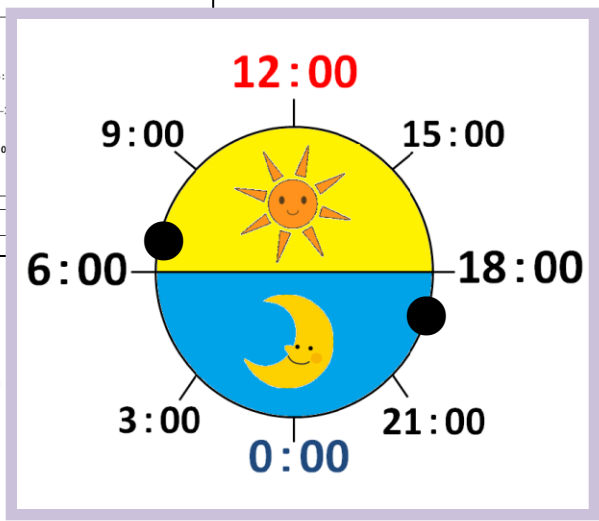
「私のノート」の使い方及び記入例

「体調の日記」は、患者さんのその日の状態を記入し、経過をみるためのシートです。医療スタッフや患者さんご家族が、食事量や排泄・睡眠の状態や、お体の調子をチェックしたり、痛み止めの使用状況などを記入します。

「体調の日記」記入例

| 体調の日記 | | | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|------|-----|---|
| 平成 ○○ 年 | | | | | | |
| 月 | 日 | ○ / ○ | / | 備考 | | |
| 【日常生活・その他】 | | | | | | |
| 食べた食事の量(%) | 60% | | | | | |
| 夜の睡眠時間(時間) | 5時間弱 | | | | | |
| 排便回数(回/日) | 2回 | | | | | |
| 排尿回数(回/日) | 8回 | | | | | |
| 体温(℃) | 36.8 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 【お体の調子】 | | | | | | |
| 体がだるい | <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | | | |
| 痛みがある | <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | | | |
| 日中に眠気がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | | | |
| 吐き気がする | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | | | |
| 嘔吐した | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | | | |
| 息切れがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | | | |
| 咳・たんがでる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | | | |
| 気持ちが落ち込む | <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | | | |
| 夜、眠れない | <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | | | |
| 薬を飲むのがキツイ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> はい | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 【痛みの程度】 | | | | | | |
| | | 強い時 | 弱い時 | 強い時 | 弱い時 | |
| 最も痛い | 10 | | | | | |
| かなり痛い | 8 | | | | | |
| 痛い | 6 | ○ | | | | |
| 少し痛い | 4 | | | | | |
| あまり痛くない | 2 | | ○ | | | |
| 痛くない | 0 | | | | | |
| 【決まった時間に使用する痛み止め】 薬剤名は医療関係者が記入 | | | | | | |
| 1 | 薬剤名 (オキシコドン) | 10 mg | 9 時 | 21 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名 () | mg | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 【臨時の痛み止め】 | | | | | | |
| 薬剤名 (オキノーム散) | | | | | | |
| 1回 1包 | | | | | | |
| 薬剤名 () | | | | | | |
| 1回 | | | | | | |
| 使用した時間に●をつける | | | | | | |
| 確認した医療者 | ○○ | | | | | |

定時に使用している薬剤名（貼布薬も含む）、レスキューの薬剤名、使用量、使用時刻を記入してください



臨時の痛み止めを使用した時間に●をつける
患者さんご家族

「私のノート」の使い方及び記入例

「医療用麻薬の使い方」には、薬剤の使い方を医療スタッフが、記入します。また、患者さんが医療用麻薬を使用する上で知っていただきたいことや注意事項を説明しています。

■ 「医療用麻薬の使い方」 記入例

医療用麻薬の使い方

医師が処方する医療用麻薬は、痛みに最も有効で安全に使える薬の一つです。適切に使っていけば、依存症や中毒になることはありません。安心してお使いください。

■ 時刻を決めて飲むお薬

食事とは関係なく決められた時刻に必ずお使いください。

✓ (オキシコンチン) 1回 1 包・錠・枚 (内服・貼付)
1日 2 回 (使用時刻: 9 時/ 21 時/ 時)

✓ () 1回 ____ 包・錠・枚 (内服・貼付)
1日 ____ 回 (使用時刻: 時/ 時/ 時)

■ 痛みが強くなったときに追加で飲むお薬

すぐに1回分飲んでください

✓ (オキノーム散) 1回 1 包・錠 内服

★飲んでから1時間以上たっても痛みが軽ならない場合は、我慢せずもう1回分飲んでください。繰り返し飲んでも効かなくなることはありませんのでご安心ください。



医療者

定時に使用している薬剤名(貼布薬も含む)、レスキューの薬剤名、薬剤の使用量、薬剤を使用する時刻を記入してください。

「私のノート」に関する説明・同意書

病院

科

説明者

「私のノート」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 | <p>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「私のノート」を活用します。</p> <p>この「私のノート」を用いて、皆さんを中心とし地域の病院・診療所・訪問看護ステーションなどと連携し情報を共有しながら今後の診療を支援します。</p> |
| 方法 | <p>「私のノート」は、発行医療機関が治療経過（手術・化学療法・放射線療法など）や症状の経過を記入後、お渡しします。各職種が診療内容や看護内容・取組に関することを記入しますので、皆さんは医療者へ伝えたいことや質問事項を記入して下さい。</p> |
| 期待されること | <p>「私のノート」を用いることで、お身体に関する記録を共有することが可能となり、皆さんと医療者が十分話し合い相談しながら診療を続けて行くことが出来るのではないかと考えます。</p> |
| 同意と撤回 | <p>「私のノート」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、「私のノート」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。</p> |
| 紛失について | <p>「私のノート」は患者さんご自身のものです。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。</p> |

このたび「私のノート」について、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。

平成 年 月 日

患者氏名

家族等氏名

続柄（ ）

