

私の手帳

(がん診療連携パス)

汎用版



鹿児島県



()がん

【本連携パスは5大がん(胃・大腸・肺・乳・肝)、前立腺、婦人科がん以外に使用します。】

がん診療連携クリティカルパスについて ……………	2p
かかりつけ医・専門医とは ……………	3p
私の手帳の運用方法 ……………	4p
受診歴 ……………	5p～**
私のプロフィール ……………	7p～**
情報共有 ……………	9p～*
わたしの診察記録 ……………	11p～**
日常生活の過ごし方 ……………	13p～
がんのことについて相談したいときは ……………	15p～
あなたからのメッセージ ……………	19p ***

「連携パス」*

◎医療スタッフへ

*: 医師は必ず記載をおねがいします

** : 患者様が主に記入するところですが、分からない場合には医療スタッフによる記入をお願いします

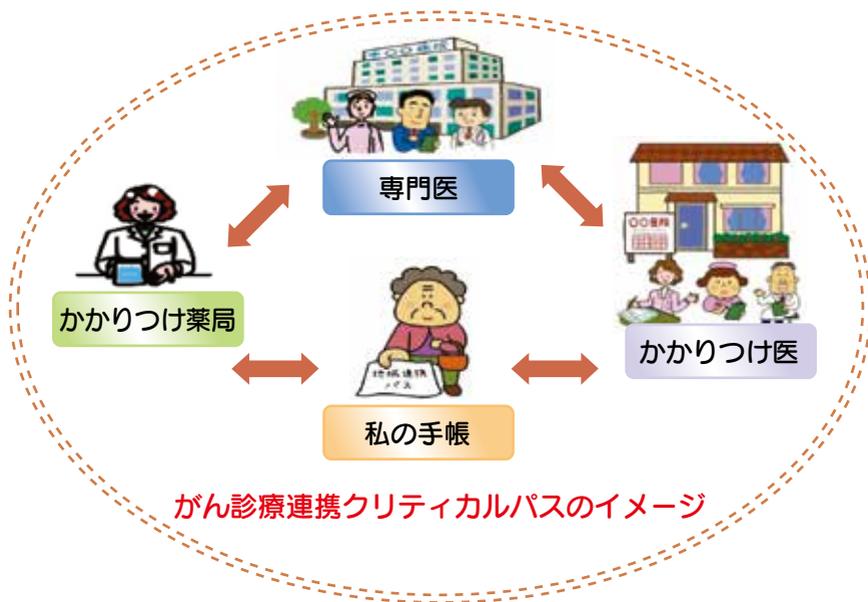
*** : 患者様からのメッセージをご確認ください

がん診療連携クリティカルパスについて

がん診療連携クリティカルパス(以下連携パス)とは、より良いがん医療を提供するために専門医とかかりつけ医等が、がん患者さんの情報提供を共有し、連携して患者さんの治療をサポートするシステムです。

連携パスは患者さんの診療に必要な情報を医師、看護師、薬剤師等が共有し、スムーズな診療を行うことが出来るように作成された診療計画書です。

連携パスは、がん治療を行った専門病院の主治医が、連携パスの利用が患者さんの診察に適しているか判断したうえで、患者さんやご家族に十分に説明し、同意を得たうえで利用を開始します。



1. かかりつけ医の役割



日頃の診療は、地域のかかりつけ医の先生が担当します。

がんやがん以外にお持ちの病気の診療を担当します。おもに、

- 1) 定期的な診察、血液検査、画像検査など
- 2) 定期的なお薬の処方
- 3) 痛みや吐き気など各種症状の診察や治療
- 4) 風邪をひいたり、熱が出たときの診察と治療などをかかりつけ医の先生が行います。

2. 専門医の役割



年に何回か病院に通院していただき、精密検査と診察を行います。精密検査としては、血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査などがあります。

検査結果は「私の手帳」内に記載して、かかりつけ医に報告します。

また、病状が変化したときなど、かかりつけ医の判断で、臨時に病院で診察を行うこともあります。

私の手帳の運用方法

- ★共同診療計画書に従って、診療が進められていきます。かかりつけ医と専門医が連携を取り診療を行います。
- ★P7「わたしのプロフィール」のページはご自分でお書きください。
- ★何か症状が出現した時の対応に関しては、P7「緊急のときは」のページの指示に従って連絡や受診をしてください。
- ★患者さんのがんに関する情報は、P9「情報共有書」に記載されています。
- ★連携パス記入表は、共同診療計画に基づいて診療を行った結果を医師または看護師にて記入をお願いします。特記事項の部分も活用してください。
- ★P19「あなたからのメッセージ」は、患者さんが医師や医療スタッフに伝えたいこと、質問したいことを自由に記載してください。
- ★医師以外のスタッフからのメッセージやお薬手帳にも目を通しましょう。
- ★私の診療記録は患者さんが自由に記載するページです。その日にあったことなどを記録に残しましょう。

「私の手帳」は患者さんの大切な情報が詰まったカルテです。紛失されませんように注意してください。

受診歴

受診日	医療機関・診療科
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	

受診歴

受診日	医療機関・診療科
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	

私のプロフィール

は患者さんが記入する欄です。

よみがな		生年月日	年 月 日
名前			
住所	(〒 -)		
アレルギーの有無			
緊急時の連絡先			
かかりつけ医		☎	
		☎	
専門医		☎	
		☎	
		☎	
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
→	
→	
→	
→	

算定 あり なし

情報共有書

カナ

導入日：

患者氏名

拠点病院：

生年月日

年齢 性別

血液型 型 Rh

診断：

がんの部位：

初発 再発

病理診断：

(年 月 日)

T () N () M () Stage ()

Ly () v () n (/)

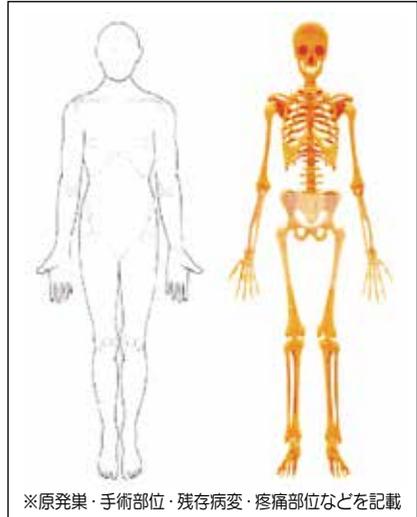
血液検査 HBsAg 陽性 陰性 不明 その他 ()

HCVAb 陽性 陰性 不明

腫瘍マーカー _____ () _____ ()

日付： _____ () _____ ()

備考



※原発巣・手術部位・残存病変・疼痛部位などを記載

現病歴

治 療	内 容	期間（開始～終了）
手 術		
放 射 線 治 療		
ホルモン療法		
化 学 療 法		

患者への説明内容

年 月 日 ()

施設名 () 記入者 ()

年 月 日 ()

施設名 () 記入者 ()



わたしの診察記録

日 付	記 録
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	

治療結果を記入しておきましょう

日 付	記 録
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	

日常生活の過ごし方について

1. 安静と運動

過労にならないよう注意が必要ですが、過度に安静にする必要はありません。

適度な運動をお勧めします。

適度な運動として1日30分以上の散歩はいかがでしょうか？



2. 食事



穀物を中心に野菜を多く取って、バランスの良い食事を取るよう
に心がけましょう。

脂肪の取りすぎには注意しましょう。タンパク質は動物性(肉など)
よりも植物性(大豆、豆腐等)のものが良いようです。

刺激物の摂りすぎには注意しましょう。

3. 風呂

シャワーに比べてお風呂に入るには体力を要します。

熱い風呂、長風呂は避けてください。食後1時間は入浴を
避けましょう。



4. アルコール

アルコールを飲んではいけない方もいらっしゃいますので、主治医の先生に飲酒可能か質問をしてください。



5. 旅行

基本的に禁止するものではありません。

ただし無理のないスケジュールで。

ご心配であれば、旅行可能か主治医に尋ねてみてください。



◆がんのことについて相談したい◆

(1)相談支援センターとは

相談支援センターでは、がんの病気や治療、療養生活について、情報探しのお手伝いをしたり、相談にお応えしています。また、心のケアや、生活支援や助成制度の紹介、家族への支援の相談なども行っています

- がんについて「知りたい」とき
- がんの治療について「理解して納得したい」とき
- 自分の考えを「伝えたい」とき
- 療養生活のことについて「聞いてみたい」とき
- 心の悩みを「誰かに聞いてほしい」とき
- 生活や経済的なことで「心配がある」とき

●鹿児島県がん診療連携拠点病院相談支援センターの対応状況

H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
鹿児島大学病院	がん相談支援センター ☎099-275-5970(直通)	平 日 8時30分～17時
鹿児島医療センター	がん相談支援センター ☎099-223-1151(代表)	平 日:9時～16時
鹿児島市立病院	がん相談支援センター ☎099-230-7100(直通)	平 日 8時30分～17時15分
今給黎総合病院	がん相談支援センター ☎099-226-2223(直通)	平 日:9時～17時 土曜日:9時～12時
県立薩南病院	がん相談支援センター ☎0993-53-5300(内線 351)	平 日 8時30分～17時15分
県立大島病院	医療相談室 ☎0997-52-3611(内線 3476)	平 日:10時～16時
済生会川内病院	がん相談支援センター ☎0996-23-5221(代表)	平 日: 9時～12時 :13時～16時
南九州病院	がん相談支援センター ☎0995-62-3677(直通)	平 日:9時～17時
鹿屋医療センター	がん相談支援センター ☎0994-42-0981(直通)	平 日:8時30分～12時 :13時～17時

● 特定領域がん診療連携拠点病院相談支援センターの対応状況

H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
相良病院	がん相談支援センター ☎099-216-3360(直通)	平 日:9時~17時30分

● 地域がん診療病院

H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
出水郡 医師会広域医療センター	がん相談支援センター ☎0996-73-1542(直通)	平 日:9時~16時30分 土曜日:9時~12時
種子島医療センター	がん相談支援センター ☎0997-22-0960(内線575/597)	平 日:9時~12時 :14時~17時

● 鹿児島県がん診療指定病院相談支援センターの対応状況

H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
南風病院	医療連携・相談支援室 ☎099-226-9111(代表)	平 日:9時~17時
鹿児島厚生連病院	相談支援センター ☎099-252-2228(代表)	平 日:8時30分~12時 平 日:13時~17時 土曜日:8時30分~12時
今村総合病院	がん相談支援室 ☎099-251-2221(代表)	平 日:9時~16時
鹿児島市医師会病院	医療連携・相談室 ☎099-254-1121(直通)	平 日:9時~16時 土曜日:8時30分~12時30分
サザン・リージョン病院	患者支援相談室 ☎0993-72-1351(代表)	平 日:8時~17時 土曜日:8時~12時
指宿医療センター	地域医療連携室 ☎0993-22-2231(内線260)	平 日 8時30分~17時15分
川内市 医師会立市民病院	患者サポートセンター ☎0996-22-1111(内線149)	平 日:9時~17時
出水総合医療センター	地域医療連携室 ☎0996-67-1657(直通)	平 日 8時30分~17時15分
霧島市立医師会 医療センター	地域医療連携室・総合相談室 ☎0995-42-1171(代表)	平 日:9時~17時
県立北薩病院	地域医療連携室 ☎0995-22-8511(代表)	平 日:9時30分~16時
曾於医師会立病院	地域連携室 ☎099-482-4888(代表)	平 日:8時30分~17時 土曜日:8時30分~12時30分 (第1・3土曜は除く)
大隅鹿屋病院	患者相談窓口 ☎0994-40-1111(代表)	平 日 8時30分~17時15分
恒心会おぐら病院	医療相談室 ☎0994-31-1631(直通)	平 日:8時30分~17時 土曜日:8時30分~17時

◆患者同士の支え合いの場にはどのようなものがある？

患者同士が会える場、支え合いの場としては、患者会、患者サロンなどがあります。

●患者会

患者会とは、同じ病気や障害、症状など、何らかの共通する患者体験を持つ人たちが集まり、自主的に運営する会のことです。

●患者サロン

患者サロンとは、患者やその家族など、同じ立場の人ががんの事を気軽に本音で語り合う交流の場のことです。



H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
鹿児島大学病院	がん相談支援センター ☎099-275-5970(直通)	第2水曜日 14時～16時
鹿児島医療センター	がん相談支援センター ☎099-223-1151(代表)	第2土曜日 13時30分～15時30分
鹿児島市立病院	がん相談支援センター ☎099-230-7100(直通)	不定期
今給黎総合病院	がん相談支援センター ☎099-226-2223(直通)	第3水曜日 14時～16時
県立薩南病院	がん相談支援センター ☎0993-53-5300(内線 351)	第2木曜日 10時～12時
県立大島病院	医療相談室 ☎0997-52-3611(内線 3476)	第1金曜日 10時～12時
済生会川内病院	がん相談支援センター ☎0996-23-5221(代表)	第4土曜日 10時～12時
南九州病院	がん相談支援センター ☎0995-62-3677(直通)	第3水曜日 15時～16時
鹿屋医療センター	がん相談支援センター ☎0994-42-0981(直通)	第4木曜日 13時～15時
相良病院	がん相談支援センター ☎099-216-3360(直通)	毎週月曜日 14時～16時
出水郡医師会 広域医療センター	がん相談支援センター ☎0996-73-1542(直通)	第3木曜日 13時～15時
種子島医療センター	がん相談支援センター ☎0997-22-0960(内線 575/597)	第3金曜日 14時～16時
南風病院	医療連携・相談支援室 ☎099-226-9111(代表)	第4金曜日 14時～15時
鹿児島厚生連病院	相談支援センター ☎099-252-2228(代表)	第2土曜日 14時～16時
川内市 医師会立市民病院	患者サポートセンター ☎0996-22-1111(内線 149)	第1火曜日 11時～12時
出水総合医療センター	地域医療連携室 ☎0996-67-1657(直通)	最終木曜日 14時～15時30分
県立北薩病院	地域医療連携室 ☎0995-22-8511(代表)	第4火曜日 14時～16時

※対応状況が変更になっている場合もありますので、直接お問い合わせください。

◆NPO法人が運営しているがんサロン◆

NPO法人がんサポートかごしま

●患者サロン

場 所	鹿児島県民総合保健センター2階(鹿児島市下伊敷3丁目1番7号)
対応日	週2回(火曜日・木曜日) 10:00~16:00
連絡先	☎ 099-220-1888

●交流会

場 所	かごしま市民福祉プラザ(鹿児島市山下町 15-1)
開催日	第4日曜日 10:00~12:00

NPO法人 あなただけの乳がんではなく

乳がん患者さんが、患者サロン・交流会を通して、前向きに生活できるように、乳がん体験者スタッフがサポートしてまいります。

●患者サロン

場 所	ココロとカラダのサポートセンター (鹿児島市松原町 3-31 相良病院2階)
対応日	月曜日~金曜日 10:00~16:00(休日は休み)
連絡先	☎ 099-225-8588

●交流会

場 所	リボンズハウス (鹿児島市樋之口町 3-28 相良病院付属プレストセンター 1F)
開催日	第2月曜日 13:30~15:00 《第2月曜日 祝祭日の場合》 【場 所】 ココロとカラダのサポートセンター (鹿児島市松原町 3-31 相良病院2階) 【開催日】 第2木曜日 13:30~15:00
連絡先	☎ 099-213-9001

その他の患者会については、鹿児島県ホームページに記載してあります。
『鹿児島県のがん患者会一覧』で検索してください。

あなたからのメッセージ

年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名

あなたからのメッセージ

年	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
月		
日		病院・施設名 記入者名
年	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
月		
日		病院・施設名 記入者名
年	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
月		
日		病院・施設名 記入者名
年	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
月		
日		病院・施設名 記入者名

あなたからのメッセージ

年	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
月		
日		病院・施設名 記入者名
年	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
月		
日		病院・施設名 記入者名
年	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
月		
日		病院・施設名 記入者名
年	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
月		
日		病院・施設名 記入者名

がん診療連携パスに関する説明書・同意書

病院

科

令和 年 月 日

説明者(担当医師名)

(担当者)

私は、患者 様の、今後の診療とがん診療連携パスについて下記の如く説明をしました。

1.目的	鹿児島県では、患者さん・ご家族に分かりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス(連携パス)」を活用しています。「連携パス」では病気の経過を予測して、各々の患者さんにとって現時点で一番良い診療計画を立て、患者さん・ご家族に納得して頂いた上で、医療者(医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー等)が協力して診療にあたります。当院では、この「連携パス」を用いて地域の病院や診療所と協力して同じ診療方針のもとにより安全で質の高い医療を提供したいと考えています。患者さん・ご家族を中心に関係する医療者が診療方針や検査結果等を知った上で、協力体制を作ります。患者さんには「私の手帳」と「お薬手帳」を利用して頂きます。
2.方法	当院と、地域のかかりつけの医療機関(病院や診療所)と共同して、役割分担をしながら、診察、検査、治療を続けて参ります。具体的には、かかりつけ医が日々の診察や投与等を担当し、当院が節目の診察・検査を行います。病状が急変した時や何らかの問題が生じた時に備え、24時間365日対応し安心できる体制を作っています。また、かかりつけ医や、当院から電話等でお問い合わせの連絡をさせて頂く場合があります。
3.期待されること	「連携パス」を使用しかかりつけの医療機関と連携することで、患者さんの主治医が複数になります。異常の早期発見やきめ細かい対応が可能になります。患者さんや家族の日々の相談も、もっとお聞きできるようになると考えています。日常生活の中で安心して治療することが可能となります。
4.同意と撤回	私たちは「連携パス」が患者さんの療養生活や診療方針に合っているか吟味し、利用された方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さん・ご家族と十分に相談をしながら、運用を勧めて参ります。途中中断されてもかまいません。中断されたからといって何ら不利益を受けることはありません。
5.負担	「がん診療連携パス(連携パス)」を使用することで、有害な事が生じる事はありません。また、医療機関によっては、保険診療上、自己負担が生じる可能性があります。
6.紛失	「私の手帳」は患者さんご自身の物です。紛失の責任はご自身にあります。個人情報ですので、紛失されないようご注意ください。
7.質問の自由	ご不明の点やご心配があればいつでもご相談ください。

私は、地域医療連携診療の目的や方法などについて上記説明を受け、十分に理解した上で、この地域医療連携診療に参加することに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名

家族等氏名

続柄()

*当病院では、がんパスの使用促進またその内容改善を目的として、「私の手帳」に記載された患者様の貴重な個人情報をご匿名化した上で、管理運営ならびに教育研究の目的に利用させていただきたいと思っておりますので、患者さまのご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

()ががん共同診療計画表 治療後(術後)サーベイ連携(汎用型)①

かかりつけ医

患者名:

専門医

【最終目標】()年間再発がなく、QOLが維持できる。 手術日 年 月 日

適応基準:

拠点病院への紹介基準:

目標 \ 受診間隔の目安	退院時	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
□内に診察日を記入					
QOLが維持できている					
再発の早期発見	○	○	○	○	○
後遺症が管理できている					
自己覚症状と判断基準					
体重 □kg 内に記入					
PSに増悪がない					
開始時 PS ()	○	○	○	○	○
血圧・体温					
食事摂取・排泄					
再発の兆候 ()					
後遺症 ()	○	○	○	○	○
その他 1 ()					
その他 2 ()					
検査と判断基準					
血算 ()					
生化学検査 ()	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー ()					
画像検査 1 ()	○	○	○	○	○
画像検査 2 ()	○	○	○	○	○
その他 ()	○	○	○	○	○
投薬					
薬劑処方の有無	□あり	□あり	□あり	□あり	□あり
患者指導					
生活指導					
内服確認	○	○	○	○	○
副作用説明					
診察時の異常	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり
Dr サイン					
Ns サイン					

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

()が**ん**共同診療計画表 治療後(術後)サーベイ連携(汎用型)②

かかりつけ医

患者名: _____

専 門 医

【最終目標】()年間再発がなく、QOLが維持できる。 手術日 年 月 日

適応基準:

拠点病院への紹介基準:

目標 \ 受診間隔の目安	□HP/□CL ()ヶ月後				
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="text"/> 内に診察日を記入					
QOL が維持できている					
再発の早期発見	○	○	○	○	○
後遺症が管理できている					
自他覚症状と判断基準					
体重 <input type="text"/> kg 内に記入					
PS に増悪がない					
開始時 PS ()	○	○	○	○	○
血圧・体温					
食事摂取・排泄					
再発の兆候 ()	○	○	○	○	○
後遺症 ()					
その他 1 ()					
その他 2 ()					
検査と判断基準					
血算 ()					
生化学検査 ()	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー ()					
画像検査 1 ()	○	○	○	○	○
画像検査 2 ()	○	○	○	○	○
その他 ()	○	○	○	○	○
投薬					
薬剤処方の有無	<input type="checkbox"/> あり				
患者指導					
生活指導					
内服確認	○	○	○	○	○
副作用説明					

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
Dr サイン					
Ns サイン					

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

()が**ん**共同診療計画表 治療後(術後)サーベイ連携(汎用型)③

かかりつけ医

患者名: _____

専門医

【最終目標】()年間再発がなく、QOLが維持できる。 手術日 年 月 日

適応基準:

拠点病院への紹介基準:

目標 \ 受診間隔の目安	□HP/□CL ()ヶ月後				
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="text"/> 内に診察日を記入					
QOLが維持できている					
再発の早期発見	○	○	○	○	○
後遺症が管理できている					
自覚症状と判断基準					
体重 <input type="text"/> kg 内に記入					
PSに増悪がない					
開始時 PS ()	○	○	○	○	○
血圧・体温					
食事摂取・排泄					
再発の兆候 ()	○	○	○	○	○
後遺症 ()					
その他 1 ()					
その他 2 ()					
検査と判断基準					
血算 ()					
生化学検査 ()	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー ()					
画像検査 1 ()	○	○	○	○	○
画像検査 2 ()	○	○	○	○	○
その他 ()	○	○	○	○	○
投薬					
薬剤処方の有無	<input type="checkbox"/> あり				
患者指導					
生活指導					
内服確認	○	○	○	○	○
副作用説明					
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
Dr サイン					
Ns サイン					

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

()が**ん**共同診療計画表 治療後(術後)サーベイ連携(汎用型)④

かかりつけ医

患者名: _____

専 門 医

【最終目標】()年間再発がなく、QOLが維持できる。 手術日 年 月 日

適応基準:

拠点病院への紹介基準:

目標 \ 受診間隔の目安	□HP/□CL ()ヶ月後				
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="text"/> 内に診察日を記入					
QOL が維持できている					
再発の早期発見	○	○	○	○	○
後遺症が管理できている					
自他覚症状と判断基準					
体重 <input type="text"/> kg 内に記入					
PS に増悪がない					
開始時 PS ()	○	○	○	○	○
血圧・体温					
食事摂取・排泄					
再発の兆候 ()	○	○	○	○	○
後遺症 ()					
その他 1 ()					
その他 2 ()					
検査と判断基準					
血算 ()					
生化学検査 ()	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー ()					
画像検査 1 ()	○	○	○	○	○
画像検査 2 ()	○	○	○	○	○
その他 ()	○	○	○	○	○
投薬					
薬剤処方の有無	<input type="checkbox"/> あり				
患者指導					
生活指導					
内服確認	○	○	○	○	○
副作用説明					

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
Dr サイン					
Ns サイン					

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

患者 ID :

専 門 医

通院頻度

患者 名 :

かかりつけ医

継続指示 : 継続指示:急変時(

)へ連絡

【維持目標】		W後		W後		W後	
		年 月 日		月 日		月 日	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
日常生活が平穏に送れる							
目標	睡眠に満足している	<input type="checkbox"/>					
	疼痛が緩和されている	<input type="checkbox"/>					
	疼痛以外の症状が緩和されている	<input type="checkbox"/>					
	夜間に3回以上目が覚めない	<input type="checkbox"/>					
自覚症状と判断基準	安静時の疼痛 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	体動時の疼痛 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	全身倦怠感 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	呼吸困難 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	咳嗽 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	食欲不振 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	痒痒感 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	便秘 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	下痢 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	嘔気・嘔吐 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	抑うつ 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	不安 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
体と心のつらさ	0～1の場合は「はい」にチェック、2～4の場合は「いいえ」にチェックの上、数字を記入 ● 0＝症状がない ● 1＝現在の治療に満足している。時折、断続的な症状がある ● 2＝時に悪い日があり、日常生活に支障をきたす(中程度) 薬の調節や何らかの処置が必要だが、ひどい症状ではない ● 3＝しばしばひどい症状があり、日常生活に著しく支障をきたす(重度) ● 4＝ひどい症状が持続的にある						
判断基準の目安(STAS)							
治療・処置							
指導	生活・服薬・栄養指導 あり	<input type="checkbox"/>					
Ns サイン							
Dr サイン							
その他サイン							

患者 ID:

専門医

患者名:

かかりつけ医

通院頻度

継続指示: 継続指示: 急変時(

)へ連絡

【維持目標】		W後		W後		W後	
		年月日		月日		月日	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
日常生活が平穏に送れる							
目標	睡眠に満足している	<input type="checkbox"/>					
	疼痛が緩和されている	<input type="checkbox"/>					
	疼痛以外の症状が緩和されている	<input type="checkbox"/>					
	夜間に3回以上目が覚めない	<input type="checkbox"/>					
自覚症状と判断基準	安静時の疼痛 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	体動時の疼痛 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	全身倦怠感 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	呼吸困難 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	咳嗽 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	食欲不振 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	掻痒感 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	便秘 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	下痢 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	嘔気・嘔吐 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	抑うつ 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
	不安 0～1 である	<input type="checkbox"/>					
体と心のつらさ	0～1の場合は「はい」にチェック、2～4の場合は「いいえ」にチェックの上、数字を記入 ● 0＝症状がない ● 1＝現在の治療に満足している。時折、断続的な症状がある ● 2＝時に悪い日があり、日常生活に支障をきたす(中程度) 薬の調節や何らかの処置が必要だが、ひどい症状ではない ● 3＝しばしばひどい症状があり、日常生活に著しく支障をきたす(重度) ● 4＝ひどい症状が持続的にある						
判断基準の目安(STAS)							
治療・処置							
指導	生活・服薬・栄養指導 あり	<input type="checkbox"/>					
Ns サイン							
Dr サイン							
その他サイン							

STAS 評価基準

苦 痛
STAS:0

【症状なし】

苦 痛
STAS:0

な し

【現在の症状マネージメントに満足している】
時折の、または断続的な単一または複数の症状があるが、日常生活を普通に送っており、患者が今以上の治療を必要としない症状である。

細かい症状記載は不要



苦 痛
STAS:2

自制内

【何らかの処置が必要であるが、それほどひどくない】

中等度の症状。時に調子の悪い日もある。症状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたすことがある。

★屯用を使えば十分に治まるが、「出来ればもう少し何とかなると良い」「急がないけど何かあればかんがえてほしい」

苦 痛
STAS:3

対処希望

【我慢できない症状が出現することがある】

度々強い症状がある。症状によって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。

★屯用を使って多少治まるが、「なんとかしてほしい」「数日以内には対応して欲しい」

苦 痛
STAS:4

激しく持続

【我慢できない症状が持続的にある】

持続的な耐えられない激しい症状。ほかのことを考えることができない。

★屯用を使っても何をしても激しい症状が持続している

評価・細かい症状・評価理由などを
自由記入欄に記載する



STAS 評価のためのフローチャート

何か $\left\{ \begin{array}{l} \text{つらい} \\ \text{困っている} \end{array} \right\}$ $\left\{ \begin{array}{l} \text{ところ} \\ \text{症状} \end{array} \right\}$ はありますか？

ない

ある

スピリチュアルなこと
⇒ 自由記入欄へ

精神的なこと・家族のこと
⇒ 自由記入欄へ

全くない（現症状・現治療に満足している）

今の方法・薬で $\left\{ \begin{array}{l} \text{対応できて} \\ \text{しのげて} \end{array} \right\}$ ますか

それとも何か違う方法を医師と考えていく方が
よいくらい、つらいですか

急がないが希望あり

至急対応希望あり

苦痛
STAS:0
なし

苦痛
STAS:1
満足

苦痛
STAS:2
自制内

苦痛
STAS:3
対処希望

苦痛
STAS:4
激しく持続