

患者番号

患者氏名

性別 男 女

病室番号

患者ID

生年月日

病気になる前の体重

現在の体重

意図的に体重を増やしたり減らしたりしましたか はい いいえ 体重の増減なし

この1週間にあてはまるものをチェックしてください

痛みがありましたか 全くない 少しある かなりある 非常にある

休息をとる必要がありましたか 全くない 少しある かなりある 非常にある

体力が弱くなったと感じましたか 全くない 少しある かなりある 非常にある

落ち込んだ気分でしたか 全くない 少しある かなりある 非常にある

疲れていましたか 全くない 少しある かなりある 非常にある

痛みが日常生活の妨げになっていましたか 全くない 少しある かなりある 非常にある

食欲低下がありましたか 全くない 少しある かなりある 非常にある

今現在あてはまるものをチェックしてください

痛みがありますか 全くない 少しある かなりある 非常にある

休息をとる必要がありますか 全くない 少しある かなりある 非常にある

体力が低下したと感じますか 全くない 少しある かなりある 非常にある

気分が落ち込んでいますか 全くない 少しある かなりある 非常にある

疲れていますか 全くない 少しある かなりある 非常にある

痛みが日常生活の妨げになっていますか 全くない 少しある かなりある 非常にある

食欲低下がありますか 全くない 少しある かなりある 非常にある

食欲や食事摂取に変化があった場合その理由をチェックしてください

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 吐き気がある/吐いた | <input type="checkbox"/> 便秘がある | <input type="checkbox"/> すぐに満腹になる/食欲がない |
| <input type="checkbox"/> 口の中に炎症がある | <input type="checkbox"/> 下痢がある | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 痛みがある | <input type="checkbox"/> 味覚や臭いの感じ方が変わった | |

最大どの程度の活動ができますか

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> スポーツができる | <input type="radio"/> 身の回りのことができる |
| <input type="radio"/> 通常の作業ができる | <input type="radio"/> 限られた身の回りのことができる |
| <input type="radio"/> 軽作業ができる | <input type="radio"/> 座ったまま/ほぼ寝たきり |

医師に処方された薬以外で摂取してるものがありますか

下記を行いますか

- | | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 総合ビタミン剤 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 黙想/瞑想 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> ハーブ茶 | <input type="checkbox"/> 特殊な栄養素(サプリなど) | <input type="checkbox"/> 心理療法 | <input type="checkbox"/> 漸新的筋弛緩法 | |
| <input type="checkbox"/> 栄養補助食品/飲料 | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> ヨガ | <input type="checkbox"/> 気功 | |

あなたの現在の治療を続けていくのは難しいですか はい いいえ わかりません

このアンケートを記載する際に誰かに手伝ってもらいましたか はい いいえ わかりません

あなたの癌治療に栄養療法を加えることはあなたにとって明らかな利点があるとお考えですか

はい いいえ わかりません

