

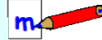
患者さんへ

この病棟(部署)における栄養管理が最適にできるよう、本日このアンケートにお答えいただくと幸いです
アンケートでは、気分が良いか、元気があるかなど、お尋ねします。

チェックを入れて下さい



または書き込んで下さい



ご協力有り難うございます

氏名(2文字ずつのイニシャル) ローマ字表記の名の最初の二文字

ローマ字表記の姓の最初の二文字

病気になる前の普段の体重を記入して下さい

 kg

 わからない

現在の実際の体重を記入して下さい

 kg

 わからない

 意図的に体重を増やしたり減らしたりしましたか(ダイエットなど) ⁵⁴

はい(意図的)

いいえ

体重の増減無し

 この一週間について、最もあてはまるものをチェックして下さい ⁵

	まったくない	少しある	かなりある	非常にある
痛みがありましたか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
休息をとる必要がありましたか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
体力が弱くなったと感じましたか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
落ち込んだ気分でしたか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
疲れていましたか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
痛みが日常生活の妨げになりましたか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
食欲低下がありましたか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 今現在、最もあてはまるものをチェックして下さい ⁵⁵

	まったくない	少しある	かなりある	非常にある
痛みがありますか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
休息が必要ですか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
体力が低下したと感じますか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
気分が落ち込んでいますか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
疲れていますか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
痛みが日常生活の妨げになりますか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
食欲低下がありますか	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 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下さい ¹⁰

-
- 吐き気がある/吐いた
-
-
- 口の中に炎症がある
-
-
- 痛みがある

-
- 便秘がある
-
-
- 下痢がある
-
-
- 味覚や臭いの感じ方が変わった

-
- すぐに満腹になる/食欲がない
-
-
- その他

 最大でどの程度の活動ができますか(一つだけ選んで下さい) ⁵⁶

-
- スポーツができる
-
-
- 通常の作業ができる
-
-
- 軽作業ができる

-
- 身の回りのことができる
-
-
- 限られた身の回りのことができる
-
-
- 座ったまま/ほぼ寝たきり

 医師に処方された薬以外に摂取しているものがありますか ¹⁰

-
- なし
-
-
- ハーブ茶
-
-
- 栄養補助食品/飲料

-
- 総合ビタミン剤
-
-
- 特殊な栄養素(サプリメントなど)
-
-
- その他

 下記を行いますか ¹⁰

-
- なし
-
-
- 心理療法
-
-
- ヨガ

-
- 黙想/瞑想
-
-
- 漸進的筋弛緩法
-
-
- 気功

-
- その他

 あなたの現在の治療を続けていくのは難しいですか ⁹

-
- はい
-
- いいえ
-
- わからない

 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 ⁹

-
- はい
-
- いいえ
-
- わからない

あなたの癌治療に栄養量を加えることは、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
-
- わからない