

# がん療養サポートパス

岐阜県



岐阜県がん診療連携拠点病院協議会

## 目次

1. がん療養サポートパスを利用される方へ
2. わたしのプロフィール
3. わたしが大切にしていること
4. がん治療病院での対応  
医療機関連絡先
5. 在宅で困った時の対応
6. 経過記録
7. わたしの療養記録
8. 療養ファイル

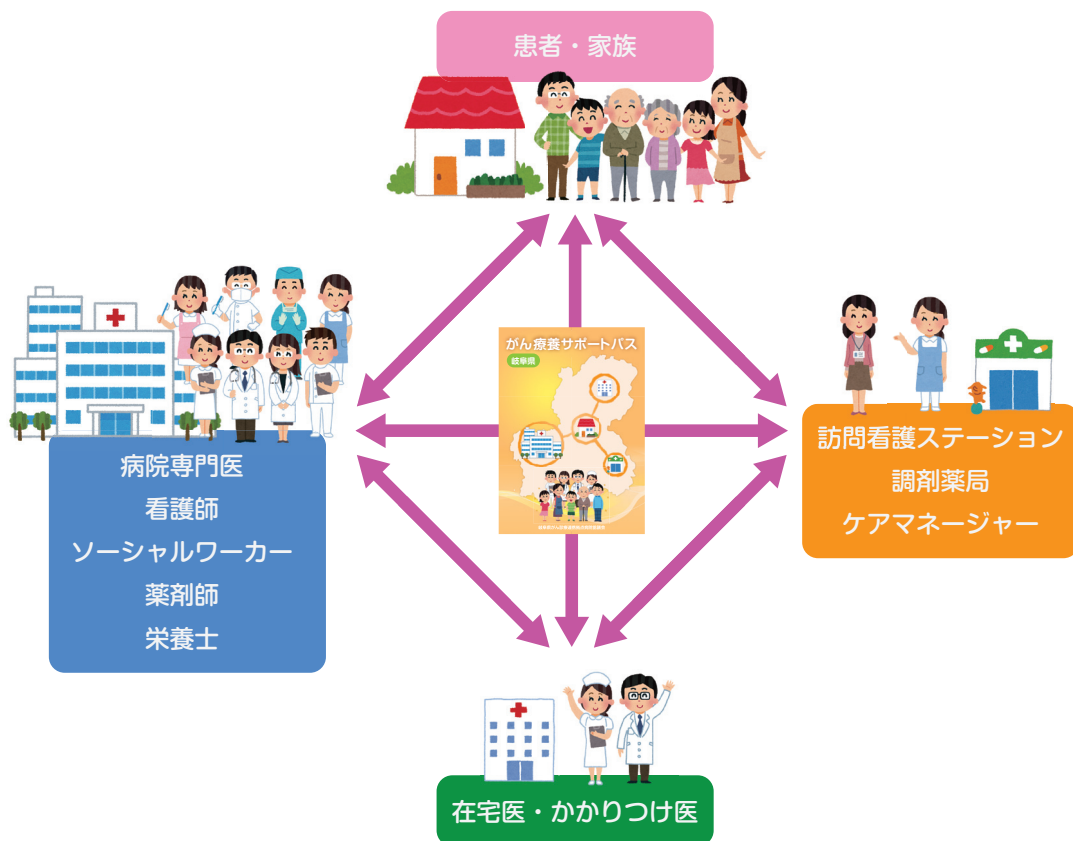


## 1. 「がん療養サポートパス」を利用される方へ

この冊子は、がんになられた患者さんやご家族が安心して療養できるように地域のかかりつけ医、もしくは在宅医・がん治療専門病院が協力して患者さんをサポートするための診療記録帳です。

目的は、患者さん・ご家族・各医療機関が、情報を共有することです。このため、医療機関を受診される際や在宅では、医療・介護スタッフにもご提示いただくようお願いいたします。

「がん療養サポートパス」は、患者さんの大切な情報が詰まった冊子ですので、紛失しないようにお気を付け下さい。



## 2.わたしのプロフィール

(スタッフと一緒にご記入ください)

（ふりがな） 名 前	（ ）		
住 所	（〒 ー ） 電話番号：（ ） ー		
生 年 月 日	昭・平 年 月 日	性 別	男・女
病 名			
これまでの 病気の経過 (自由にご記入 ください)	..... ..... ..... ..... ..... .....		
病気への理解 (今思っていること)	..... ..... .....		
家 族 構 成	例：夫（○才）同居、子（○才）同居、子（○才）は△○市在住		
家族の連絡先	① 名前 (本人との関係) TEL (自宅) (携帯) ② 名前 (本人との関係) TEL (自宅) (携帯) ③ 名前 (本人との関係) TEL (自宅) (携帯) 日中と夜間に連絡が可能なところをご記入下さい。		

### 3. わたしが大切にしていること (スタッフと一緒に記入ください)

同席者： 配偶者、父、母、子供（

孫、親戚（ ） 友人（ ））、その他

●ご希望やご意見があればお伝え下さい●  
お気持ちに変化があったら書き直してください

●あなたがこれから大切にしたいことはなんですか？

- 楽しみや喜びがあること
- 身の回りのことが自分でできること
- 人として大切にされること
- 社会や家族で役割が果たせること
- 痛みや苦しみが少なく過ごせること
- 人の迷惑にならないこと
- 先々に起こることを詳しく知っておくこと
- 他人に弱った姿をみせないこと
- 家族や友人と十分に時間を過ごせること
- 落ち着いた環境で過ごせること
- 納得行くまで十分な治療を受けること
- 大切な人に伝えたいことを伝えること
- 生きていることに価値が感じられること
- その他（ ）

●病名・病状・治療方針について、どのように説明してもらいたいですか？

- 具体的にはっきり説明して欲しい
- よくない情報はあまり詳しく知りたくない
- 知りたくない
- 今は決められない
- 一緒に説明を聞いて欲しい人はいますか？  
（ ）
- その他  
（ ）

●もし病状が悪化したら、どこで療養したいですか？

この先の療養場所に対する希望

- 在宅医療などを利用し自宅で療養をしたい  
(できるだけ家で過ごしたい)
- 体調が良いのなら家で過ごしたいが無理はしたくない
- 入院したい・施設等を利用したい(できるだけ入院したい)
- なるべく自宅で療養したいが必要があれば入院したい
- その他(わからない)

(

)

●もし病状の悪化により、心肺停止が避けられない場合は、延命治療として心臓マッサージや人工呼吸をどのように考えられますか？

- 希望する
- 希望しない
- 今は決められない
- その他

(

)

●ご自身以外で治療やケアに関して、代理決定できる人は誰ですか

→例) もしも、自分で決めることが出来ない状況になった時、あなたの代わりに治療やケアについて決めていくのは誰ですか。

お名前

ご関係

自由記載欄

## 4.がん治療専門病院での対応

病院名		
診療科		主治医
-----		
住所 〒		—
-----		
TEL		
-----		
その他の担当者		
名前	(所属)	TEL
-----		

●現在の対応を医療者と共に記載しておきましょう●

症状	現在使用している薬
例：痛み・吐き気・便秘時 など	●月●日～ 麻薬：ベース→オキシコンチン20mg（朝、夕） レスキュー→オキノーム5mg 麻薬以外：ロキソニン（朝、昼、夕）

病院主治医からのコメント

## がん療養サポートに関わる医療機関連絡先

在宅サポートの機関名	連絡先（電話番号）
<input type="checkbox"/> 医院・ <input type="checkbox"/> クリニック ( )	担当 TEL
<input type="checkbox"/> 医院・ <input type="checkbox"/> クリニック ( )	担当 TEL
<input type="checkbox"/> 医院・ <input type="checkbox"/> クリニック ( )	担当 TEL
訪問看護ステーション	担当 TEL
ケアマネージャー	担当 TEL
調剤薬局	担当 TEL
その他	担当 TEL

## 5. 在宅で困った時の対応

● 困った時にどう対応したらよいか医療者と共に記入しておきましょう ●

症 状	対 応
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....



症 状	对 应
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... .....

## 6. 経過記録

No. \_\_\_\_\_

日付	記載者	内容
月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他	サイン
月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他	サイン
月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他	サイン
月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他	サイン
月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他	サイン
月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他	サイン

日付	記載者	内容
月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他	サイン
月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他	サイン
月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他	サイン
月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他	サイン
月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他	サイン
月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他	サイン

# 7.わたしの療養記録

年

No.

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
痛みの部位	痛みの程度、強さ：痛み無しを0、考えられる最高の痛みを10として0~10の数字で表現。 (1日の最小/最大/最大の回数)で記載してください。				
( )	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回
( )	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回
( )	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回
( )	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回
薬の服用	特に医療用麻薬の服薬状況を記入して下さい。できていれば○、できなければ×でご記載してください。				
鎮痛剤					
痛い時の薬					
その他の症状	苦痛無しを0、考えられる最悪の苦痛を10として0~10の数字で強さを表現。 (1日の最小/最大/最大の回数)で記載してください。				
呼吸困難	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回
嘔気・嘔吐	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回
体のだるさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
不安	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
日常生活	食欲・睡眠は不：不良、中：ますます、良にて表現・排便は○を打ち回数で表現。				
食欲不振					
睡眠不足					
排便	固,普,軟 回	固,普,軟 回	固,普,軟 回	固,普,軟 回	固,普,軟 回
体重	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg
その他	どんなことでもご自由に記載してください。				
	本人・家族	本人・家族	本人・家族	本人・家族	本人・家族

年

No. \_\_\_\_\_

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
痛みの部位	痛みの程度、強さ：痛み無しを0、考えられる最高の痛みを10として0～10の数字で表現。 (1日の最小/最大/最大の回数)で記載してください。				
( )	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回
( )	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回
( )	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回
( )	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回
薬の服用	特に医療用麻薬の服薬状況を記入して下さい。できていれば○、できなければ×でご記載してください。				
鎮痛剤					
痛い時の薬					
その他の症状	苦痛無しを0、考えられる最悪の苦痛を10として0～10の数字で強さを表現。 (1日の最小/最大/最大の回数)で記載してください。				
呼吸困難	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回
嘔気・嘔吐	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回	/ / 回
体のだるさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
不安	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
日常生活	食欲・睡眠は不：不良、中：まずまず、良にて表現・排便は○を打ち回数で表現。				
食欲不振					
睡眠不足					
排便	固,普,軟 回	固,普,軟 回	固,普,軟 回	固,普,軟 回	固,普,軟 回
体重	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg
その他	どんなことでもご自由に記載してください。				
	本人・家族	本人・家族	本人・家族	本人・家族	本人・家族

## 8.療養ファイル

大切なデータ・面談書などは  
次のページに挟んでおきましょう

- 紹介状や医師から説明を受けた用紙・診療録のコピーなど
- 血液検査の結果・レントゲン写真のコピーなど
- 退院時の生活指導
- 服用している薬のリストなど



# 岐阜県健康福祉部保健医療課

2015年2月作成