

シート1:相談記入シート(小児用)

1.受付日/受付番号	(年 月 日)			
2.相談時間 (分)	(分)			
3.相談員	●氏名 ()			
4.相談形式	●場所	01.院内 02.院外 (出張相談など)		
	●方法	01.対面相談 02.電話相談 03.FAX相談 04.E-mail相談 99.その他 (以下に具体的内容を記入) ()		
		01.患者本人のみ 02.患者とその付き添い 03.患者以外の方のみ 88.不明		
		01.初めて 02.2回目以上 88.不明		
5-1.相談者	●担当医からの紹介	紹介 あり なし		
	●相談支援センターに関する情報入手経路 (複数選択可)	01.担当医 02.その他の医療・福祉関係者 02-01.その他の医療・福祉関係者 (院内) 02-02.その他の医療・福祉関係者 (院外) 03.家族・友人・知人 04.同病者やその家族・患者会 05.パンフレット・紹介カード 06.インターネット 07.院内掲示 88.不明 99.その他 (以下に具体的内容を記入) ()		
		01.家族・親戚 02.友人・知人 03.一般 04.医療・福祉関係者 (院内) 05.医療・福祉関係者 (院外) 88.不明 99.その他 (以下に具体的内容を記入) ()		
		●氏名 (任意記入) ()		
		●年齢 (歳)	01.20歳未満 02.20歳代 03.30歳代 04.40歳代 05.50歳代 06.60歳代 07.70歳代 08.80歳以上 88.不明 (歳) ←年齢を記入 (任意記入)	
			01.男 02.女 88.不明	
			●氏名 (任意記入) ()	
			●年齢 (歳)	01.20歳未満 02.20歳代 01-01.0-14歳 01-02.15-19歳
				01.20歳未満 02.20歳代
				01.20歳未満 02.20歳代
6.患者本人の状況	●氏名 (任意記入) ()			

	03.30歳代	04.40歳代
	05.50歳代	06.60歳代
	07.70歳代	08.80歳以上
	88.不明	
	(_____ 歳)	←年齢を記入 (任意記入)
●性別	01.男	02.女
	88.不明	
●受診状況	01.自施設入院中	02.自施設通院中
	(_____)	←IDを記入 (任意記入)
	03.他施設入院中	04.他施設通院中
	05.受診医療機関なし	
	88.不明	
	99.その他 (以下に具体的内容を記入)	
	(_____)	
●現在の治療状況	01.診断なし (精査中含む)	02.治療前 (診断後精査中含む)
	03.治療中	04.治療後 (概ね治療3ヶ月未満)
	05.経過観察中 (概ね治療3ヶ月以降)	06.緩和ケアのみ
	88.不明	91.死亡
	99.その他 (以下に具体的内容を記入)	
	(_____)	
●がんの状況	01.初発	02.再発・転移
	88.不明	
	99.その他 (以下に具体的内容を記入)	
	(_____)	
●がんの病名 (一つのみ 選択)	該当するすべてに <input checked="" type="checkbox"/>	
	51.造血器腫瘍	
	51-01.急性リンパ性白血病	
	51-02.急性骨髄性白血病	
	51-03.まれな白血病	
	51-04.MDS/MPDのうちCML	
	51-05.MDS/MPDのうちCMLを除く	
	51-06.非ホジキンリンパ腫	
	51-07.ホジキンリンパ腫	
	51-08.その他のリンパ増殖性疾患	
	51-09.組織球症 (HLH)	
	51-10.組織球症 (LCH)	
	51-11.その他の組織球症	
	51-12.その他の造血器腫瘍	
	51-13.Down症TAM登録	
	52.固形腫瘍	
	52-01.神経芽腫瘍群	
	52-02.網膜芽細胞腫	
	52-03.腎腫瘍	
	52-04.肝腫瘍	
	52-05.骨腫瘍	
	52-06.軟部腫瘍	
	52-07.胚細胞腫瘍 (脳・脊髄病変以外)	

		52-08.そのほかの固形腫瘍	99.その他の入力欄に具体的内容を記載
		53.脳脊髄腫瘍	
		81.診断なし	
		88.不明	
		99.その他（以下に具体的内容を記入）	
		()	
7.相談者からの相談内容	●分類 (複数選択可および一つのみ選択)	実施したすべてに✓	最も比重の高いもの1つに✓
		01.がんの治療	
		01-01.手術	
		01-02.放射線治療	
		01-03.薬物療法	
		01-04.免疫療法	
		01-05.ゲノム医療	
		01-99.その他	
		02.がんの検査	
		03.症状・副作用・後遺症	
		03-01.妊孕性、生殖機能	
		03-02.アピアランス	
		03-03.晩期合併症	
		03-04.長期フォローアップ	
		03-99.その他	
		04.セカンドオピニオン（一般）	
		05.セカンドオピニオン（受入）	
		06.セカンドオピニオン（他へ紹介）	
		07.治療実績	
		08.臨床試験・先進医療	
		09.受診方法・入院	
		10.転院	
		11.医療機関の紹介	
		12.がん予防・検診	
		13.在宅医療	
		14.ホスピス・緩和ケア	
		15.食事・服薬・入浴・運動・外出など	
		16.介護・看護・養育	
		16-01.介護	
		16-02.看護	
		16-03.養育	
		17.社会生活（就労・仕事・就学・学業）	
		17-01.就労	
		17-02.治療と仕事の両立	
		17-03.就学・就園	
		17-04.学業・学校生活	
		18.医療費・生活費・社会保障制度	
		18-01.介護保険	
		18-02.傷病手当	
		18-99.その他	
		19.補完代替療法	

		20.生きがい・価値観	
		21.不安・精神的苦痛	
		22.告知	
		23.医療者との関係・コミュニケーション	
		24.患者-家族間の関係・コミュニケーション	
		24-01.きょうだいに関すること	
		24-02.その他	
		25.友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション	
		26.患者会・家族会（ピア情報）	
		27.グリーフケア	
		88.不明	
		99.その他（以下に具体的内容を記入）	
		()	
	●内容（任意記入）	()	
8.対応内容	●分類 （複数選択可および一つのみ選択）	実施したすべてに <input checked="" type="checkbox"/>	最も比重の高いもの1つに <input checked="" type="checkbox"/>
		01.傾聴・語りの促進・支援的な対応	
		02.助言・提案	
		03.情報提供	
		04.自施設受診の説明	
		05.他施設受診の説明	
		06.自施設他部門への連携	
		07.他施設への連携	
		08.ピアサポート機能の紹介	
		81.苦情・要望への対応	
		88.判断不明	
		99.その他（以下に具体的内容を記入）	
			()
		●内容（任意記入）	()
9.相談者からの反応	●相談支援センターを利用したことに対する反応	01.よい反応だった	02.特に反応はなかった
		03.悪い反応があった	
		88.判断不明	
		99.その他（以下に具体的内容を記入）	
		()	
	●相談支援センターの今後の活動についての要望（任意記入）	()	
10.当該相談に関連する診療報酬算定の有無（該当のみ）	入院基本料等加算 入退院支援加算	あり	なし
	その他の診療報酬の算定	あり	なし
11.施設自由使	項目1（任意記入）	()	

用欄 (テキ スト記 入)	項目2 (任 意記入)	()
	項目3 (任 意記入)	()
	項目4 (任 意記入)	()
	項目5 (任 意記入)	()
12.通信 欄	項目1 (任 意記入)	()
	項目2 (任 意記入)	()
	項目3 (任 意記入)	()
	項目4 (任 意記入)	()
	項目5 (任 意記入)	()