

# □チェックしてみましょう

あなたがどのように毎日の生活を送っているかとか、あなたにとって大切なことは何かについて、医師に詳しく伝えることは、あなたにとって最善といえる治療を受けることに役立ちます。医師があなたの生活の質をより高められる治療法を勧めることができるよう、あなたの優先したいことを伝えましょう。

## 1 家庭や仕事において、以下のそれぞれの活動ができることはあなたにとってどの程度重要ですか

	全く重要でない	少しだけ重要	まあまあ重要	重要	とても重要
運転すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
集中して何かを行うこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
何かを覚えていること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家の中よりも長い距離を歩くこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食器を洗う程度の時間よりも長く立っていられること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモをとったりキーボードをうつこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
軽い家事を行うこと(皿洗い、食事の準備、寝具の準備)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
相当の家事を行うこと(洗濯、庭仕事、浴室の掃除)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本などを読むこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子ども達や他の家族の世話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2 ある治療は、あなたが避けたい何らかの副作用があるかもしれません。以下の起こりやすい副作用は、どの程度避けたいですか。

	がまんでききる	少しは避けたい	できれば避けたい	避けたい	とても避けたい
抑うつ状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重増加または体重減少	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他の部位の痛みまたは不快感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性的問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
泌尿器系の問題(尿失禁、頻尿)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃腸症状(下痢、便秘)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3 治療法によって治療にかかる時間や大変さや治療費が異なるかもしれません。どの程度気になりますか。

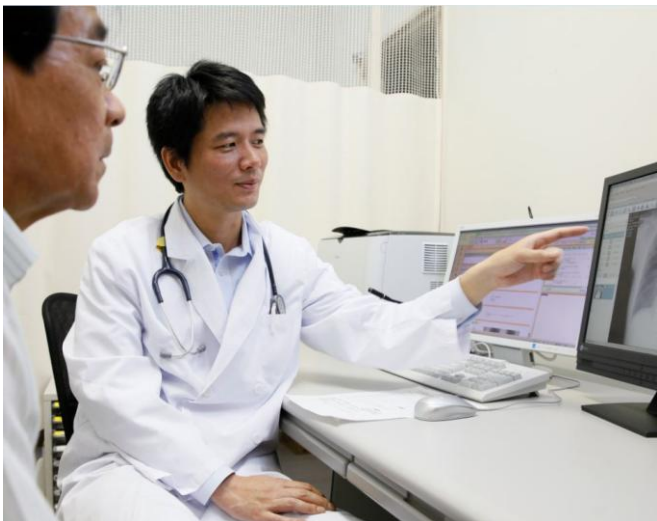
	全く気にならない	少し気になる	まあまあ気になる	気になる	とても気になる
費用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療にかかる時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療の困難さ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
開始から終わりまでの日数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療開始時や支払いの還元のために書類や用紙への記入が必要となる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4 治療の期間中に友人や家族から以下の援助を受けられることはどの程度重要ですか(当てはまるもの全てにチェックしましょう)

	全く重要でない	少しだけ重要	まあまあ重要	重要	とても重要
予約を取ってくれる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬の服用管理がしてもらえる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療中の情緒面でのサポートが受けられる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
すべて自分自身で行う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# 「治療の説明を受けたけど、 よくわからなかったな・・・」

こんな経験はありませんか？



「インフォームド・コンセント」は・・・

**患者が医療者に対して与えるもの**です。  
それをするためには・・・

「自分はどうしたいのか」を決めるうえでの

疑問を解消し、判断することが必要です。

では・・・

「その治療を受けることで、自分の生活や仕事に  
どんな影響があるのか」を知るために、

**何を質問すればよいのでしょうか？**

## 想像してみてください

- (1) 家庭や仕事において「できなくなると困る活動」は何か、どの程度困るのか
- (2) 治療の副作用で「避けたいもの」の程度
- (3) 治療にかかる時間や身体的な負担の「避けたい」程度
- (4) 治療を受ける間に、友人や家族から、どのようなサポートが受けられるのか、それはどの程度重要か

## このチェックリストで (裏面にあります)

まずは、あなたの考えを整理してみましよう。

何を伝えればよいか、質問すればよいかのヒントになるかもしれません。



埼玉協同病院

333-0831 埼玉県川口市木曾呂1317番地

☎048-296-4771

<http://kyoudou@kyoudou--hp.com>