

がん療養サポートパス

岐阜県

経過記録
療養記録



岐阜県がん診療連携拠点病院協議会

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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	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	固,普,軟 回
体重	Kg	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	

	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	固,普,軟 回
体重	Kg	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	

	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	固,普,軟 回
体重	Kg	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	

	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	固,普,軟 回
体重	Kg	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	

	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	固,普,軟 回
体重	Kg	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	

	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	固,普,軟 回
体重	Kg	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	

岐阜県健康福祉部保健医療課

2015年2月作成