

HM-PRO

質問票の回答を開始する前に「はじめに」をお読みください。

はじめに

この質問票は、あなた自身の病気や治療があなたの日常生活にどう影響しているかについて、あなたがどう感じているかを知るためのものです。

パート A は毎日の活動のさまざまな側面に関連するもので、パート B は病気やあなたが受けている治療によってあなたが経験している症状に関係するものです。

パート A

質問の項目があなたにとって少しも問題でない場合は、次の選択肢のボックスにチェックをつけてください。

「まったくない」

あなたの血液の病気が項目の内容に影響を与えていると思う場合は、ボックスの1つにチェックをつけて、その影響の程度を回答してください。

「少し」「非常に」

文章の内容がご自身に当てはまらない場合は、次の選択肢のボックスにチェックをつけてください。

「当てはまらない」

パート B

この症状を経験していない場合は、次の選択肢のボックスにチェックをつけてください。

「まったくない」

症状によって影響がある場合は、ボックスの1つにチェックをつけて、その症状のひどさを回答してください。

「軽い」「重い」

回答には「正解」も「不正解」もありません。質問にどう答えてよいかわからない場合は、一番近い選択肢を選んでください。

ご提供いただく情報は、秘密を厳守します。

ご自身についてご記入ください。

患者 ID:

***開始時刻:**

生年月日:

YYYY(西暦年)/MM(月)/DD(日)

今日の日付:

YYYY(西暦年)/MM(月)/DD(日)

パート A

血液の病気がどれくらい影響しているか、そしてこれらの事柄を今日あなたがどう感じているかについて、一番当てはまる回答のボックスにチェックをつけてください。

A. これから下の事柄について伺います。 身体的動作	まったく ない	少し	非常に	当てはまら ない
1. 歩くことは難しい.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 着替えや入浴など、身の回りのことをすることは難しい.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 身体的な活動／スポーツをすることは難しい.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. (バス、列車、飛行機、車などで)移動をすることは難しい.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 外出することは難しい.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 働くこと(または勉強すること)は難しい.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 連休に出かけることは難しい.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. これから下の事柄について伺います。 社会的充実				
1. 他人とつきあうことは難しい.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 親密な関係になることは難しい.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 性生活に問題がある.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. これから下の事柄について伺います。 感情の動き				
1. 他の人の負担になっていることを心配している.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 人々が私を決めつけているのではないかと心配している.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 自分の外見を気にしている.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 苦悩している.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 不安を感じている.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 死ぬことを心配している.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 自信がない.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 将来の健康のことを不安に思っている.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 睡眠パターンが変わった.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 集中することが難しい.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 治療のことを心配している.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

このページの文章をすべてお読みになり、回答していただけましたか？

血液の病気がどれくらい影響しているか、そしてこれらの事柄を今日あなたがどう感じているかについて、一番当てはまる回答のボックスにチェックをつけてください。

D. これから下の事柄について伺います。	まったく ない	少し	非常に	当てはまら ない
飲食				
1. 食欲に問題を抱えている.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 食習慣が変わった.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 飲み物を飲む習慣が変わった.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたの日常生活の中で、あなたの病気や治療によって影響を受けたものがほかにあれば下に書いてください。

コメント:

このページの文章をすべてお読みになり、回答していただけましたか？

ページをめくってください。

パート B

過去 3 日間であなたが経験した症状をもっともよく表しているボックスにチェックをつけてください。

次の文章は病気の症状や治療の副作用について書かれています。	まったく ない	軽い	重い
1. 熱がある／熱があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 胃が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 活気に問題がある.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 毛が抜ける.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 疲れた感じがする.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 背中が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 味覚に問題がある.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 呼吸に問題がある.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 皮膚に問題がある(かゆみ、あざ、発疹等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 頭が痛い.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 便秘をしている.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. しこりがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 体に痛みがある.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 感染症がある(胸部、肺、尿路等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 寝汗をかく.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 下痢をしている.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 吐き気がある.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 胸の痛みがある／胸の痛みがあった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

その他心配な症状や伝えておきたいことがありましたら、下に書いてください。

このページの文章をすべてお読みになり、回答していただけましたか？

***終了時刻:** _____ ありがとうございました。