nutritionDay WORLDWIDE

シート1　腫瘍

センターコード[2] □□□□

ユニットコード[3] □□□□

病院で電子カルテを採用していますか [9]	○ はい ○ いいえ
栄養療法は腫瘍(癌)患者の治療計画●ケアプランの一部となっていますか [9]	○ はい ○ いいえ

はいと答えた方:どのような場合にあてはまりますか [38]	
常に(ルーチンに)	□
患者から依頼があった時	□
10%以上の体重減少あった時	□
緩和治療の一環として	□
他の治療の場合、具体的に記載して下さい	

いいえと答えた方:その理由 [10]	
エビデンスがない	□
その方面の知識がない	□
診療報酬が支払われない	□
腫瘍に栄養を与えてしまう	□
その他	□

腫瘍患者における栄養療法では、何を行いますか [10]	
栄養治療計画にしたがった栄養投与	□
エネルギー需要の算出	□
栄養摂取量のモニタリングと、必要に応じた経口栄養補助食品の投与	□
なし	□
その他	□

なしの場合はその主な理由を示して下さい [10]	
エビデンスがない	□
経験がない	□
診療報酬が支払われない	□
管理栄養士がいない	□
他の専門家がいない	□
その他	□

下記の項目をどのぐらいの頻度で評価しますか [39]

	定期的に	化学療法を行う毎	必要なとき	全くしない	?
身体測定					
体重	○	○	○	○	○
身体計測(上腕周囲長など)	○	○	○	○	○
BIA	○	○	○	○	○
CTスキャン	○	○	○	○	○
DEXA	○	○	○	○	○
その他	○	○	○	○	○
体の機能					
握力	○	○	○	○	○
6分間の歩行テスト	○	○	○	○	○
その他	○	○	○	○	○
栄養所要量の算出	○	○	○	○	○
栄養摂取量					
食事毎に評価	○	○	○	○	○
1日1回の食事を評価	○	○	○	○	○
1日2回の食事を評価	○	○	○	○	○
24時間思い出し法で評価	○	○	○	○	○
その他	○	○	○	○	○

このシート1は誰が記入しましたか[11]

○ 管理栄養士	○ 看護師	○ 医師	○ その他栄養管理に関わるスタップ	○ その他

シート番号 18 ☐☐ センターコード 2 ☐☐☐☐ ユニットコード3 ☐☐☐☐

ユニット中のすべての腫瘍患者

nutritionDay WORLDWIDE

イニシャル	N°	o/W	c/p/t	1-6	1-17	1-6	0-IV	1-8	1-10	1-3	○ Mg/dL ○ Mg/L	○ g/L ○ g/dL	1-10

患者(2文字ずつのイニシャル)4
患者番号5
外来=O/病棟=W 40
治療目的 41
入院の理由 42
癌の診断(確定診断) 43
癌と診断されてからの期間 44
癌のステージ 45
癌の診断がついた後の最初の治療開始からの期間 46
治療の状況 47
感染 48
検査値(CRP) 49
検査値(アルブミン) 50
栄養管理 51

治療目的
c= 根治
p= 姑息治療
t= 終末期ケア

入院の理由
1= 診断
2=治療
3= 外科関連
4=癌治療に起因する合併症
5= 病状の悪化
6= 1人で生活するのが困難

癌の診断(確定診断)
1= 乳腺
2=結腸、直腸
3=前立腺
4=肺
5=皮膚
6=腎臓/膀胱
7=胃/食道
8=膵
9=リンパ腫
10=耳鼻咽喉(頭頸部)
11=白血病
12=生殖管
13=肝
14=肉腫
15=脳
16=精巣
17=その他

診断されてからの期間
1= 0-2 月
2= 3-5 月
3= 6-12 月
4= 1-2 年
5= 2-4 年
6= >4 年

癌のステージ
0=上皮内癌
I=局所癌
II=早期の局所進行癌
III=局所進行癌
IV=転移あり

最初の治療開始からの期間
1=治療なし
2=診断/ステージング中
3= 0-2 月
4=3-5 月
5= 6-12 月
6= 1-2 年
7= 2-4 年
8= > 4 年

治療の状況
1=診断
2=化学療法 1st line
3=化学療法 > 1st line
4=放射線療法
5=分子標的療法
6=ホルモン療法
7=姑息治療
8=手術
9=癌に関連する合併症の治療
10=治療に関連する合併症の治療

感染
1=なし
2=局所
3=全身

栄養管理
1=特別な栄養なし
2=個別の食事計画
3=高エネルギー/高タンパク 栄養補助食品
4=経腸栄養 (経鼻経管/胃瘻)
5=静脈栄養
6=特別な栄養素を含んだ栄養補助食品
7=特別な栄養素 (EPA, 分枝鎖アミノ酸, グルタミン, アルギニン, カルニチン)
8=個人の好み
9=カウンセリング
10=その他

それぞれの項目の解説は、説明文の中に対応する数字で示されています

nutritionDay WORLDWIDE

シート3 腫瘍

日付 [1] __/__/____

患者の番号 [5] □□

患者さんへ

この病棟(部署)における栄養管理が最適にできるよう、本日このアンケートにお答えいただけると幸いです

アンケートでは、気分が良いか、元気があるかなど、お尋ねします。

チェックを入れて下さい ⊗ **または書き込んで下さい**

ご協力有り難うございます

氏名(2文字ずつのイニシャル) ローマ字表記の名の最初の二文字 □□ ローマ字表記の姓の最初の二文字 □□

病気になる前の普段の体重を記入して下さい □□□ kg ○ わからない

現在の実際の体重を記入して下さい □□□ kg ○ わからない

意図的に体重を増やしたり減らしたりしましたか(ダイエットなど) [54]

○ はい(意図的) ○ いいえ ○ 体重の増減無し

この一週間について、最もあてはまるものをチェックして下さい [5]

	まったくない	少しある	かなりある	非常にある
痛みがありましたか	○	○	○	○
休息をとる必要がありましたか	○	○	○	○
体力が弱くなったと感じましたか	○	○	○	○
落ち込んだ気分でしたか	○	○	○	○
疲れていましたか	○	○	○	○
痛みが日常生活の妨げになりましたか	○	○	○	○
食欲低下がありましたか	○	○	○	○

今現在、最もあてはまるものをチェックして下さい [55]

	まったくない	少しある	かなりある	非常にある
痛みがありますか	○	○	○	○
休息が必要ですか	○	○	○	○
体力が低下したと感じますか	○	○	○	○
気分が落ち込んでいますか	○	○	○	○
疲れていますか	○	○	○	○
痛みが日常生活の妨げになりますか	○	○	○	○
食欲低下がありますか	○	○	○	○

食欲や食事摂取に変化があった場合、その理由をチェックして下さい [10]

□ 吐き気がある/吐いた
□ 口の中に炎症がある
□ 痛みがある
□ 便秘がある
□ 下痢がある
□ 味覚や臭いの感じ方が変わった
□ すぐに満腹になる/食欲がない
□ その他

最大でどの程度の活動ができますか(一つだけ選んで下さい) [56]

○ スポーツができる
○ 通常の作業ができる
○ 軽作業ができる
○ 身の回りのことができる
○ 限られた身の回りのことができる
○ 座ったまま/ほぼ寝たきり

医師に処方された薬以外に摂取しているものがありますか [10]

□ なし
□ ハーブ茶
□ **栄養補助食品/飲料**
□ 総合ビタミン剤
□ 特殊な栄養素(サプリなど)
□ その他

下記を行いますか [10]

□ なし
□ 心理療法
□ ヨガ
□ 黙想/瞑想
□ 漸進的筋弛緩法
□ 気功
□ その他

あなたの現在の治療を続けていくのは難しいですか [9] ○ はい ○ いいえ ○ わからない

このアケートを記載する際に、誰かに手伝ってもらいましたか [9] ○ はい ○ いいえ ○ わからない

あなたの癌治療に栄養量法を加えることは、あなたにとって明らかな利点があるとお考えですか

○ はい ○ いいえ ○ わからない