

腹膜透析を受ける方へ

_____様

今回透析を始めるにあたり、様々な心配や不安を持たれていることと思います。皆様が透析を受けながら、より快適に日常生活を送ることができるよう、お手伝いしたいと思います。今後、治療していく上で役立たせていただくために、お手数ですが下記質問事項についてご意見をお聞かせくださるようお願いいたします。ご本人が記入できない場合は、代理の方がご記入ください。また、書きにくいところやわかりにくいところはそのままでお持ちください。その他、ご質問、心配等ありましたら、どんな小さなことでもご相談ください。なお、ここに記入した内容については、秘密を守ることをお約束いたします。この用紙は担当看護師にお渡しください。

聖路加国際病院 腎センター看護師 _____

1. 氏名 _____

2. 性別 _____ 男 _____ 女 _____

3. 生年月日 M T S H _____ 年 月 日

4. 緊急時の連絡先

(昼間)

氏名 _____ 住所 〒 _____

本人との関係 _____ Tel _____ 携帯Tel _____

(夜間)

氏名 _____ 住所 〒 _____

本人との関係 _____ Tel _____ 携帯Tel _____

5. 仕事についてお尋ねします。 該当するものに○印をつけてください。

1) 現在、仕事をお持ちですか (はい いいえ)

※いいえと答えられた方 (主婦 無職 学生)

※はいと答えられた方

勤務先名称及び所属 _____

勤務先住所 〒 _____

勤務先電話番号 Tel _____

2) 仕事の内容を、具体的にご記入下さい。(例: デスクワーク 営業 カ仕事)

3) 職場の環境、人間関係について、また透析が始まったことで不安や心配な点がありましたらご記入ください。

6. 最終学歴についてお尋ねします。

_____ 卒業

7. 経済的に不安な点はありますか? (はい いいえ)

※「はい」と答えられた方は、差しつかえなければ具体的にご記入ください。

8. お住まいについてお尋ねします。(例: マンション○階 一戸建て家屋)

9. ご家族のことについてお尋ねします。

※ただし現在入院している方は、変更のある場合のみご記入下さい

	氏名	性別	年齢	同居の有無	生死	病歴
父		男女		同別	生死	
母		男女		同別	生死	
配偶者		男女		同別	生死	
兄弟		男女		同別	生死	
		男女		同別	生死	
		男女		同別	生死	
		男女		同別	生死	
		男女		同別	生死	

		男 女		同 別	生 死	
		男 女		同 別	生 死	
子供		男 女		同 別	生 死	
		男 女		同 別	生 死	
		男 女		同 別	生 死	
		男 女		同 別	生 死	
		男 女		同 別	生 死	
		男 女		同 別	生 死	

I あなたの健康状態及び日常生活についてお尋ねします

1. これまでに患ったことのある病気を、出来るだけ詳しく(発病時の年齢、病名、治療内容等)ご記入ください。

- ()才時 病名 ()
 治療内容 ()
- ()才時 病名 ()
 治療内容 ()
- ()才時 病名 ()
 治療内容 ()
- ()才時 病名 ()
 治療内容 ()

2. 下記質問に関して、該当することがありましたら○印をつけてください。

1) これまで当院の腎臓病クリニック、または内科外来を受診されていましたか？

はい (腎臓病クリニック 内科外来)

いいえ (他院 かかっていなかった)

2) 現在自覚している症状で、該当することがありましたら○印をつけてください。

食欲がない 吐き気がする 尿の量が減った むくみやすい 胸がどきどきする

痰が出やすい 頭がぼーとする 物忘れしやすい 冷や汗が出る 体温が低い

出血しやすい 息切れしやすい

その他()

3) 今回腹膜透析をはじめるにあたり、医師からはどのように説明を受けましたか？

4) 薬アレルギーはありますか？ (はい いいえ)

※「はい」と答えられた方、具体的にどのような症状が出ますか？

3. 日常生活一般についてお尋ねします。現在入院中の方は、入院前の状況をお聞かせください。

1) 日常生活について、該当するものに○印をつけてください。

食 事	自分で出来る	手助けを必要とする	全く自分で出来ない	
身 支 度	自分で出来る	手助けを必要とする	全く自分で出来ない	
入 浴	自分で出来る	手助けを必要とする	全く自分で出来ない	
歩 行	自分で出来る	手助けを必要とする	全く自分で出来ない	
排 泄	自分で出来る	手助けを必要とする	全く自分で出来ない	
視 力	よく見える	あまり見えない	全く見えない	眼鏡使用
聴 力	よく聞こえる	あまり聞こえない	全く聞こえない	補聴器使用
会 話	普通に会話できる	会話しにくいことがある	会話できない	

2) その他、日常生活をする上で身体が不自由だと感じることはありませんか？ (はい いいえ)

※「はい」と答えられ方、それはどのような点ですか？

3) 介護認定を受けている方にお尋ねします。

等級: _____ 級

現在受けているサービス内容と頻度 _____ 回 / _____ 週

4. 排泄についておたずねします あてはまるものに○印をつけてください。

1) 便 回数 1日()回 ()日に1回(朝 昼 夜 決まっていない)

性状 (硬便 普通便 軟便)

便秘しがちですか？ (はい いいえ)

便秘時の対処法がありましたら、ご記入ください。

下痢しやすいですか？（はい いいえ）
下痢時の対処法がありましたら、ご記入ください。

2) 尿 尿量 1日()回 ()時間おき 1日約()ml
排尿しにくい感じがありますか（はい いいえ）
尿の色（麦わら色 うすい色 こい色）

女性の方にお尋ねします。該当するものに○印をつけてください。

3) 月経（ある ない）

※「ある」と答えた方

出血量 (多い 普通 少ない)
月経不順はありますか (はい いいえ)

5. 睡眠状況についてお尋ねします。該当するものに○印をつけてください。

睡眠時間 () 時 ~) 時まで 約 () 時間)
睡眠 (よく眠れる 普通 眠れない)
不眠時に工夫していることがありましたら、ご記入ください。

6. 日々の活動についてお尋ねします。

1) スポーツ・趣味等、日頃行っていることがありましたらご記入ください。

2) これから透析を始めるにあたって、希望等がありましたらご記入ください。

7. 皮膚のかぶれ・荒れ等、トラブルを起こしやすいですか？また、皮膚疾患・アレルギー等がありますか？
（ある ない） ※「ある」と答えた方は、具体的にどのような症状がありますか？

II. あなたの日常生活パターンについてお尋ねします。

1. 1日の過ごし方



透析に入る前

起床	就寝
()時	()時

透析日

起床	就寝
()時	()時

2. 通院方法についてお尋ねします。該当するものに○印をつけてください。

バス 電車 車 徒歩 その他() 所要時間 分

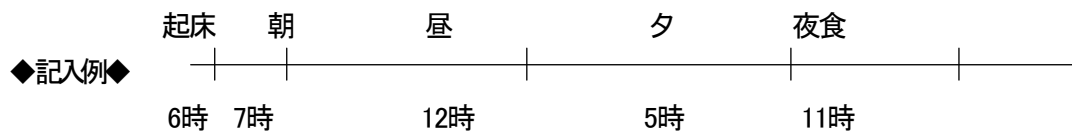
3. 健康管理の上で、気をつけていることがありましたらご記入ください。

4. 清潔についてお尋ねします。該当するものに○印をつけてください。

入浴の習慣 毎日 ・ 1日おき ・ その他()

5. 腹膜透析に入るまでの、食習慣についてお尋ねします。該当するものに○印をつけてください。

1) 食事時間



起床	就寝
()時	()時

2) 食事回数 1日()回、時々ぬくことがある(朝 昼 夜)、不規則で決まっていない

3) 外食回数 毎日(朝 昼 夜) 時々 ほとんどしない 全くしない

4) 食事量 (少ない 普通 多い)

5) これまで、食事制限をしていましたか？ (はい いいえ)

※「はい」と答えた方：具体的に制限の内容をご記入ください。

カロリー: _____ Kcal 塩分: _____ g

蛋白: _____ g 水分: _____ ml

その他(_____)

6) 好きな食品がありましたら、ご記入ください。

7) 嫌いな食品がありましたら、ご記入ください。

8) 食べ物のアレルギーはありますか？ (はい いいえ)

※「はい」と答えた方：具体的にどのような食品ですか？

9) 味付けについて、お尋ねします。該当するものに○印をつけてください。

(濃い 普通 薄い)

10) 嗜好品についてお尋ねします。該当するものに○印をつけてください。

➤ 飲酒しますか？ (はい いいえ)

➤ 喫煙しますか？ (はい いいえ)

11) 家庭での調理者は、主にどなたですか？

12) 調理する際、または調理してもらう際に困っていることがありましたら、ご記入ください。

Ⅲ. あなた自身について、お尋ねします。

1. あなたは、ご自身でどんな性格だと思いますか？

2. あなたは、社交的な方ですか？ (はい いいえ)

3. あなたは、日頃緊張しやすいですか？ (はい いいえ)

4. 生活上に大きな問題が生じた時、あなたはどのような対処してきましたか？

(積極的に取り組む 気を紛らわす ゆううつになる)

5. 悩んだり、ゆううつになることがよくありますか？ (はい いいえ)

6. 悩み事を解決するために、話し合える人がいますか？ (はい いいえ)

7. 何か重大なことを決める時、主にどなたの意見に従いますか？

自分自身 家族 (それはどなたですか？) その他()

8. 腹膜透析について、どんなイメージをもっていますか？

9. 血液透析ではなく、腹膜透析を選択した大きな理由は何ですか？

10. 腹膜透析に対して、不安に思うことはありますか？ ありましたらご記入ください。

11. 腹膜透析によって、ご自身の生活がどのように変わるとお思いますか？ また、こうなりたい、こうしたいと思うことがありますか？

その他お気づきの点、不安な点がありましたら看護師にお知らせください。

ご協力ありがとうございました。