

「あなたについて、おしえて」中学生以上

患者番号 _____

名前 _____ 年齢 _____ 歳 学年/中学・高校 _____ 年 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 病気について

- 1) あなたの今の身長・体重を教えてください
- 2) 病院に何歳ごろから通っていますか
- 3) あなたの病気の名前はなんですか
- 4) お母さんやお父さんから病気についてどのようにきいていますか
- 5) 今までに、どのような手術や治療をしたか教えてください
- 6) あなたはいくつかの診療科を受診していますか
はい いいえ
- 7) 受診している診療科を教えてください
- 8) あなたはどのくらいあいだをあけて診察を受けていますか

2 飲んでいる薬について

- 1) 薬の種類は何種類ありますか
- 2) 薬の名前を教えてください
- 3) 薬はいつ頃のものでいますか
- 4) 薬は忘れずに飲んでいますか
はい いいえ
- 5) 薬は誰が用意していますか
- 6) 薬を飲み忘れないようにどのような工夫をしていますか

7) 薬にはどのような効果がありますか

8) 薬にはどのような副作用がありますか

3 医療的ケア（インシュリン注射・導尿・酸素吸入・吸引など）を行っていますか

はい いいえ

1) 「はい」と答えた方はどのような医療的ケアを行っていますか

2) あなたが準備していますか

はい いいえ

3) あなたが医療的ケアをしていますか

はい いいえ

4) あなたが後片付けをしていますか

はい いいえ

5) 困ったときに相談できる人がいますか

はい いいえ

4 体調不良時の対応について

1) しんどいときはどのようなときですか

2) しんどいときは誰かにいうことができますか

はい いいえ

3) 病院を受診しなければいけないのはどのような状態ですか

(医師や両親からどのように聞いていますか)

5 病院受診について

1) 一人で診察を受けることができますか

はい いいえ

2) あなたから病院の先生や看護師と話しをすることができますか

はい いいえ

3) 外来受診の際の受付から診察終了、会計までの流れがわかりますか

はい いいえ

4) 一人で外来受診することができますか。又はしていますか

はい いいえ

6 将来の夢を教えてください