|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **院　内　相　談　記　録　票** | □初 　□再 |  |
| **相 談 日** | 令和　　　年　　　月　　　日　　　曜日 | □午前　□午後 | **対応時間** | 　分 |
| **病　院　名** |  |
| **対応者名** | メイン |  | □記録 | サブ |  | □記録 |
| **ふりがな** |  | ＩＤ | □男　□女 | □患者本人　　□患者家族□その他（　　）　 |
| **相談者名** |  |  |
| **居 住 区** | □名古屋市内 | □千種区　□東区　　 □北区　□西区　□中村区　□中区　□昭和区　□瑞穂区□熱田区　□中川区　□港区　□南区　□守山区　□緑区　□名東区　□天白区 |
| □県内(　　 )　　　　□県外( 　　 )　　　　□不明 |
| **年 代** | □10代　　□20代　　□30代　　□40代　　□50代　　□60代　　□70代　　□80以上　　□不明 |
| **が ん 種** | □01肺がん( ) 　□02大腸がん( )　□03食道がん　　□04胃がん　　□05膵がん□06肝細胞がん　 　□07腎細胞がん　　　□08前立腺がん　□09膀胱がん　□10乳がん　□11子宮頸がん　　 □12子宮体がん　　　□13卵巣がん 　□14白血病( 　 )　　□15悪性ﾘﾝﾊﾟ腫( 　 ）　□16多発性骨髄腫　　□17その他（　　） |
| **相談内容****\*3つまで　選択可** | □01治療　　【　□1-A 手術　□1-B 放射線治療　□1-C 薬物療法 (化学・内分泌療法）　】□02副作用　 □03現在の症状　 □04医師との関係　　□05病院選び　 □06セカンドオピニオン□07メンタルヘルス　□08食事　 □09補完代替療法( 　 )　 □10再発・転移の不安　□11仕事・経済面　 □12経過報告　 □13検査・検診の結果　□14アピアランス□100ターミナルケア　□101家族の接し方　□102在宅支援　 □103その他（　　　　　） |
| **相　　談　　の　　概　　要 ※文字数の制限はありません。2ページになっても結構です。** |
| **≪タイトル又はキーワード≫** |

**≪内容≫**

**≪対応≫**

**≪結果≫**

**≪振り返り≫　※ある場合は□を■に変更して内容を記入**

**□　今回の対応で気になる点はありましたか？**

**□　ピアサポート活動で気になる点はありませんか？（自分あるいは他のピアサポーターの対応など）**