様式　１－６

**背　景　調　査　票　（Ｓｔｅｐ1）【その他のがん】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **・** | | | | | | | | | |
| 1 | 患者ID | |  | | 年齢 | |  | 性別 |  |
| 2 | 診断名 | |  | | | | | | |
| 3 | 予定する主たる治療方法（　　　　　がん）　□初発　　□再発  手術式  □（1）  □（2）  □（3）化学療法（　　　　　　　　　　　　　　）  □（4）放射線療法（　　　　　　　　　　　　　）  □（5）放射線化学療法（　　　　　　　　　　　　）  □（6）内視鏡治療（　　　　　　　　　　　　　　）  □（7）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）  施術年月日　　　　　　年　　月　　日  ステージ　　Ⅰ　Ⅱ　ⅢA　ⅢB　Ⅳ  根治度　□Ａ　□Ｂ　□Ｃ　　治療効果判定　□CR □PR □SD □PD | | | | | | | | |
|  | **・復職コーディネーターは両立支援の問診票または患者から聞き取りして記載する。** | | | | | | | | | |
| 4 | 配偶者・パートナーの有無　　（　　（1）有　　　　（2）無　　） | | | | | | | | |
| 5 | 介助をしてくれる人の有無　　（　　（1）有　　　　（2）無　　） | | | | | | | | |
| 6 | どんな不安をお持ちですか。該当するものに○を付けてください。（複数回答・相談可） **・コーディネーターは患者さんの不安を受け止めて対応をお願いします。**  （1）社会保障や経済面での不安　　　　　　　　　　　　（　　　）  （2）治療方法や薬など医療に関する不安　　　　　　　　（　　　）  （3）退院後の生活の仕方や食事に関する不安　　　　　　（　　　）  （4）うまく表現できないけれど漠然とした精神的な不安　（　　　）  （5）家族のサポートの仕方に関する不安　　　　　　　　（　　　）  （6）家族のケアに関する不安　　　　　　　　　　　　　（　　　）  （7）「働くこと」に関する不安　　　　　　　　　　　 　（　　　）  （8）そのほかの不安　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　） | | | | | | | | |
| 記載者氏名 | | |  | | 記載 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |