様式１－４

**背　景　調　査　票　（Ｓｔｅｐ1）【胃がん】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **・復職コーディネーターは主治医やカルテ情報等から患者属性を得て記載する。** | | | | | | | | | |
| 1 | 患者ID | |  | | 年齢 | |  | 性別 |  |
| 2 | 診断名 | |  | | | | | | |
| 3 | 予定する主たる治療方法（胃がん）　　　□初発　　　□再発  □開腹下（術式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □腹腔鏡下（補助下）（術式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他　（術式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □化学療法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  郭清　D0 D1 D1+ D2 D2+  施術年月日　　　　　　年　　月　　日　　根治度　□Ａ　　□Ｂ　　□Ｃ  進行度　　　　　　　　　　　　　　　　　治療効果判定　□CR □PR □SD □PD  T ( ) N ( ) H ( ) P ( ) CY ( )　M( )  （リンパ節転移個数　　　／　　　　）  Stage ⅠA ⅠB ⅡA　ⅡB　ⅢA ⅢB ⅢC　Ⅳ | | | | | | | | |
|  | **・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 | | | |