

(案)

診調組 技-7-4
16.10.7

平成16年10月

WOC (創傷・ストーマ・失禁) 看護技術の
有効性に関する調査

ストーマ患者個票

(ご記入をお願いいたします)

記入担当者氏名	所属・役職	
	氏名	
WOC看護の資格	1 有 (資格の種類:) 2 無	
ストーマ看護の経験年数	年 (うち、資格取得後の経験 年)	

ストーマの種類	1 コロストミー (1 上行結腸 2 横行結腸 3 下行結腸 4 S状結腸) 2 イレオストミー (1 回腸 2 コック式イレオストミー) 3 ウロストミー (1 回腸導管 2 尿管皮膚瘻 3 コック式ウロストミー)					
術式						
ストーマの形状	1 陥没型ストーマ 2 ストーマ脱出 3 ヘルニア			4 皮膚のしわ等に隠れたストーマ 5 ストーマ狭窄 6 その他 ()		
ストーマ局所の合併症	1 ストーマ出血 2 陥没 3 ストーマ粘膜皮膚接合部離解			4 ストーマ周囲皮膚炎 5 壊死 6 感染 7 その他 ()		
手術前後の生化学データ	手術前 (直近)	検査日: 年 月 日				
		RBC ×10 ⁴ /mm ³	WBC /mm ³	Hb g/dl	Ht %	Alb g/dl
	手術後 1 週間	検査日: 年 月 日				
		RBC ×10 ⁴ /mm ³	WBC /mm ³	Hb g/dl	Ht %	Alb g/dl
術後合併症の状況	1 排尿障害 2 性機能障害		3 会陰部の感染 4 その他 ()			
化学療法 (手術後)	1 有 (期間: 月 日 ~ 月 日)				2 無	
放射線治療 (手術後)	1 有 (期間: 月 日 ~ 月 日)				2 無	
退院日	年 月 日					
退院の事由 (転帰)	1 治癒 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他 ()					
退院後の行き先	1 家庭 2 他の病院・診療所に入院 3 介護保健施設に入所			4 介護老人福祉施設に入所 5 社会福祉施設に入所 6 その他		
初回外来受診予定日	年 月 日 (1 自院 2 他の病院・診療所)					
退院後 QOL 調査実施日	年 月 日 (退院後 回目の受診)					

ストーマ患者個票 Ⅱ

以下のケアについて提供した月日と時間を記入してください。

2 日以上に渡り行ったケアについては最長の時間を費やした日の実施時間を記入してください。

	ケア内容	実施状況	実施日 (月/日)	実施時間
	入院中の ストーマケア 提供状況	医師の説明に関する理解の確認・補足	1 有 2 無	/
術後の生活についての説明・不安の軽減		1 有 2 無	/	分
術後のセルフケアに関する説明		1 有 2 無	/	分
装具選択		1 有 2 無	/	分
サイズの決定		1 有 2 無	/	分
装具装着時の調整・補正		1 有 2 無	/	分
装具装着方法の説明		1 有 2 無	/	分
退院後のセルフケア指導		1 有 2 無	/	分
視覚教材を用いたセルフケア指導		1 有 2 無	/	分
装具費用についての説明		1 有 2 無	/	分
ボディイメージの変化に関する心理的 ケア		1 有 2 無	/	分
セクシュアリティに関するケア		1 有 2 無	/	分
退院後の生活指導（入浴・食事・衣服・ 運動等）		1 有 2 無	/	分
身障者手帳の交付・装具代補助等社会福 祉制度等についての説明		1 有 2 無	/	分
患者会の紹介		1 有 2 無	/	分
トラブル時の対処と受診の目安につい での指導	1 有 2 無	/	分	

ストーマ患者個票 Ⅲ

手術後病日 1 日目から 14 日目まで、以下の記入要領に従い、経過シートに毎日記載して下さい。

術後 14 日以前に退院した場合は、退院日の翌日以降は斜線を記入して下さい。

< 記入要領 >

1. 便漏れ・尿漏れ回数は、便漏れ・尿漏れがなければ「0 (ゼロ)」を記入して下さい。

2. 皮膚トラブルは、以下の 0～4 までの数字を記入して下さい。

0 なし	1 発赤	2 水泡	3 表皮剥離	4 真皮までの損傷
------	------	------	--------	-----------

3. 処置実施者は、「皮膚トラブル」で 1～4 を選択した場合、該当する職種を選択して○を記入して下さい (複数回答可)。 その他については職種名を明記して下さい。

4. 処置内容は、該当するものを選択して○を記入して下さい。その他については内容を明記して下さい。

術後病日	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目
日 付	/	/	/	/	/	/	/
便漏れ・尿漏れ回数							
皮膚トラブル状況							
処 置 実 施 者	担当医						
	皮膚科医						
	WOC 看護師						
	看護師						
	その他 ()						
処 置 内 容	洗浄						
	創傷ドレッシング材の使用						
	外用剤の使用						
	その他 ()						
術後病日	8 日目	9 日目	10 日目	11 日目	12 日目	13 日目	14 日目
	/	/	/	/	/	/	/
便漏れ・尿漏れ回数							
皮膚トラブル状況							
処 置 実 施 者	担当医						
	皮膚科医						
	WOC 看護師						
	看護師						
	その他 ()						
処 置 内 容	洗浄						
	創傷ドレッシング材の使用						
	外用剤の使用						
	その他 ()						

ストーマ患者個票 IV

QOL (生活の質) 調査票

記入日	年 月 日
性別	1 男 2 女
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日

記入上の注意

1. この用紙はあなたの状態を正しく理解するために用いるものです。
2. この中にはいろいろな質問が順番に並んでいます。各質問を読んで、あなたの現在の状態に最もよくあてはまる場所の番号に○をつけてください。

例)	0	1	2	3	4	5	
テレビを見て楽しいですか..... (全く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(とても)
	楽しくない						楽しい

3. 回答がひとつでも抜けると、正しい評価ができませんので、すべての質問に答えるようにして下さい。
4. プライバシーが外部に漏れたり、診療を受ける上で不利益になることは決してありませんので、ありのままをお答えください。
5. 上記の記入欄に必要事項を記入のうえ、はじめてください。

1 2 下痢をすることがありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 ない	いつも
1 3 便が腸に残っているという感じがしますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 ない	いつも
1 4 以前にくらべて体重は	(とても) 0 1 2 3 4 5 (とても) 減った	増えた
1 5 排尿に支障がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない	ある
1 6 手術痕やお尻の肛門部に痛みがありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない	ある
1 7 お腹が鳴る、痛む、張る、吐き気をもよおす、吐くなどの症状がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない	ある
1 8 そのほか支障となる身体の症状がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない	ある
1 9 入浴するのに支障がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない	ある
2 0 外出するのに支障がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない	ある
2 1 車などの乗り物を利用するのに支障がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない	ある
2 2 スポーツや運動に支障がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない	ある
2 3 社交面(交際・会合)に支障がありますか	(全く) 5 4 3 2 1 0 (大いに) ない	ある

24 仕事(職業・家事など)の面に支障 がありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) ある
25 良く眠れないことがありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	いつも
26 いらいらすることが多いですか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	いつも
27 最近、気が沈んだり気が重くなる 事がありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	いつも
28 健康な友人に嫉妬心を抱くこと がありますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	(大いに) ある
29 時々、口きたなくののしりたくな りますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	いつも
30 時々、ひどく腹をたてますか	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	いつも
31 じっと座ってられないくらい 気持ちが落ち着かないことがあります か	(全く) ない	5	4	3	2	1	0	いつも
32 なにか心の支えになるものがあ りますか(家族、知人、宗教、趣味、ペ ットなどを含む)	(全く) ない	0	1	2	3	4	5	(大いに) ある
33 人を思いやる事ができますか	(全く) ない	0	1	2	3	4	5	(大いに) ある
34 自分にはいくつか良いところ があると思えますか	(全く) ない	0	1	2	3	4	5	(大いに) ある
35 だいたいのは人は同じよう にできると思えますか	(全く) ない	0	1	2	3	4	5	(大いに) ある

ストーマ看護に関する調査の説明および同意

本調査は下記の目的で行うものです。調査の趣旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。以下の項目をお読みいただき、調査に参加される場合は、同意書に御署名ください。

記

1. 調査の目的

この調査は、ストーマ造設手術を受けられた方を対象として、退院後の QOL（生活の質）を明らかにし、必要とされる看護について検討するために行うものです。

2. 調査の方法

別紙のアンケート用紙に記入をお願いします。記入には 10～15 分位かかります。

3. 調査への参加・協力の自由意志

この調査への参加・協力は、お断りになることもできます。お断りになっても、あなたが受ける医療サービスに関して不利益を被ることは一切ありません。調査への参加・協力は自由意志によって行ってください。

4. 調査への参加・協力の拒否権

この調査への参加・協力を同意した場合であっても、いつでも途中でやめることができます。調査への参加・協力を取りやめることによって不利益を被ることは一切ありません。遠慮なく看護師にお伝えください。

5. プライバシーの保護

この調査にご協力いただける場合、プライバシーは固く守ります。また、調査のデータおよび結果は、調査の目的以外に用いることはありません。

6. 個人情報の保護のため、無記名の調査です。調査結果に御名前が出ることは一切ありません。アンケート用紙と御署名の入った同意書は別々に保管されます。

7. 調査に関して不明な点は、下記にお問い合わせください。

調査者：
住所：
所属機関
電話・FAX

調査への参加・協力の同意書

私は、「ストーマ看護に関する調査」について説明文書を用いて説明を受け、研究の目的、内容、方法、プライバシーの保護などについて十分に説明を受け、理解しました。

そこで、私の自由意志にもとづいてこの調査に参加・協力することに同意します。

日付 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

参加者（御署名）
