

入力を終了

修正する相談データの日付けを入力	
開始日付	2015/12/04
終了日付	2015/12/04
送信する相談データの日付けを入力	
開始日付	2015/11/01
終了日付	2015/12/04

修正を始める

送信用ファイルの作成

シート 1 : 相談記入シート Ver.0.01

<p>入力中のデータを初期化</p> <p>入力したデータを登録する</p> <p>施設名 <input type="text" value="国立病院機構 北海道がんセンター"/> <input type="button" value="施設を更新"/></p>																													
1.受付日 / 受付番号 (修正時のみ)	2015/12/04																												
2.相談時間 (分)																													
3.相談員	<p>●氏名 (必須選択) *2</p> <p>相談員 氏名を選択してください</p> <p><input type="button" value="相談員氏名のプルダウンを更新"/></p>																												
4.相談形式	<p>●場所</p> <p><input type="checkbox"/> 01 院内 <input type="checkbox"/> 02 院外 (出張相談など)</p> <p>●方法</p> <p><input type="checkbox"/> 01 対面相談 <input type="checkbox"/> 02 電話相談</p> <p><input type="checkbox"/> 03 FAX相談 <input type="checkbox"/> 04 E-mail相談</p> <p><input type="checkbox"/> 99.その他 (以下に具体的内容を記入)</p>																												
5.相談者	<p>●氏名 (任意入力)</p> <p>●年齢 (歳)</p> <p><input type="checkbox"/> 01 20歳未満 <input type="checkbox"/> 02 20歳代</p> <p><input type="checkbox"/> 03 30歳代 <input type="checkbox"/> 04 40歳代</p> <p><input type="checkbox"/> 05 50歳代 <input type="checkbox"/> 06 60歳代</p> <p><input type="checkbox"/> 07 70歳代 <input type="checkbox"/> 08 80歳以上</p> <p><input type="checkbox"/> 88.不明</p> <p>← 年齢を入力 (任意入力)</p> <p>●性別</p> <p><input type="checkbox"/> 01 男 <input type="checkbox"/> 02 女</p> <p><input type="checkbox"/> 88.不明</p> <p>●相談者のカテゴリ</p> <p><input type="checkbox"/> 01 患者本人 <input type="checkbox"/> 02 家族・親戚</p> <p><input type="checkbox"/> 03 患者とその付き添い <input type="checkbox"/> 04 友人・知人</p> <p><input type="checkbox"/> 05 一般 <input type="checkbox"/> 06 医療関係者(院内)</p> <p><input type="checkbox"/> 07 医療関係者(院外)</p> <p><input type="checkbox"/> 88.不明</p> <p><input type="checkbox"/> 99.その他 (以下に具体的内容を記入)</p> <p>●自施設/他施設</p> <p><input type="checkbox"/> 01 自施設 <input type="checkbox"/> 02 他施設</p> <p>← IDを入力 (任意入力)</p> <p>●利用回数</p> <p><input type="checkbox"/> 01 初めて <input type="checkbox"/> 02 2回目以上</p> <p><input type="checkbox"/> 88.不明</p> <p>●担当医からの紹介</p> <p>紹介 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>●相談支援センターに関する情報入手経路 (複数選択可)</p> <p><input type="checkbox"/> 01 担当医 <input type="checkbox"/> 02 その他の医療・福祉関係者</p> <p><input type="checkbox"/> 03 家族・友人・知人 <input type="checkbox"/> 04 同病者やその家族・患者会</p> <p><input type="checkbox"/> 05 ハンフレット <input type="checkbox"/> 06 インターネット</p> <p><input type="checkbox"/> 88.不明</p> <p><input type="checkbox"/> 99.その他 (以下に具体的内容を記入)</p>																												
6.患者本人の状況	<p>●氏名 (任意入力)</p> <p>●年齢 (歳)</p> <p><input type="checkbox"/> 01 20歳未満 <input type="checkbox"/> 02 20歳代</p> <p><input type="checkbox"/> 03 30歳代 <input type="checkbox"/> 04 40歳代</p> <p><input type="checkbox"/> 05 50歳代 <input type="checkbox"/> 06 60歳代</p> <p><input type="checkbox"/> 07 70歳代 <input type="checkbox"/> 08 80歳以上</p> <p><input type="checkbox"/> 88.不明</p> <p>← 年齢を入力 (任意入力)</p> <p>●性別</p> <p><input type="checkbox"/> 01 男 <input type="checkbox"/> 02 女</p> <p><input type="checkbox"/> 88.不明</p> <p>●受診状況</p> <p><input type="checkbox"/> 01 自施設入院中 <input type="checkbox"/> 02 自施設通院中</p> <p><input type="checkbox"/> 03 他施設入院中 <input type="checkbox"/> 04 他施設通院中</p> <p><input type="checkbox"/> 05 受診医療機関なし <input type="checkbox"/> 06 緩和ケア実施中*</p> <p><input type="checkbox"/> 88.不明</p> <p><input type="checkbox"/> 99.その他 (以下に具体的内容を記入)</p> <p>●現在の治療状況</p> <p><input type="checkbox"/> 01 診断なし (精査中含む) <input type="checkbox"/> 02 治療前 (診断後精査中含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 03 治療中 <input type="checkbox"/> 04 治療後</p> <p><input type="checkbox"/> 05 経過観察中(縦ね治療3ヶ月以降)</p> <p><input type="checkbox"/> 88.不明</p> <p><input type="checkbox"/> 99.その他 (以下に具体的内容を記入)</p> <p>●がんの状況</p> <p><input type="checkbox"/> 01 初発 <input type="checkbox"/> 02 再発・転移</p> <p><input type="checkbox"/> 88.不明</p> <p><input type="checkbox"/> 99.その他 (以下に具体的内容を記入)</p> <p>●がんの部位 *3 (複数選択可)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01 眼・脳・神経</td> <td><input type="checkbox"/> 02 耳鼻咽喉・口腔</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03 胃</td> <td><input type="checkbox"/> 04 食道</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05 大腸</td> <td><input type="checkbox"/> 06 小腸・肛門</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 07 肝・胆</td> <td><input type="checkbox"/> 08 肺</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 09 膵</td> <td><input type="checkbox"/> 10 縦隔・心臓</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11 乳房</td> <td><input type="checkbox"/> 12 卵巣・陰・外陰部</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13 子宮</td> <td><input type="checkbox"/> 14 精巣</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15 前立腺</td> <td><input type="checkbox"/> 16 腎・尿管・膀胱</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 17 甲状腺</td> <td><input type="checkbox"/> 18 副腎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 19 血液・リンパ</td> <td><input type="checkbox"/> 20 皮膚</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 21 骨・軟部組織</td> <td><input type="checkbox"/> 22 後腹膜・腹膜</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 23 中皮腫</td> <td><input type="checkbox"/> 24 原発不明</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 88.不明</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 99.その他 (具体的内容を入力、複数ある場合には以下にすべて入力)</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 01 眼・脳・神経	<input type="checkbox"/> 02 耳鼻咽喉・口腔	<input type="checkbox"/> 03 胃	<input type="checkbox"/> 04 食道	<input type="checkbox"/> 05 大腸	<input type="checkbox"/> 06 小腸・肛門	<input type="checkbox"/> 07 肝・胆	<input type="checkbox"/> 08 肺	<input type="checkbox"/> 09 膵	<input type="checkbox"/> 10 縦隔・心臓	<input type="checkbox"/> 11 乳房	<input type="checkbox"/> 12 卵巣・陰・外陰部	<input type="checkbox"/> 13 子宮	<input type="checkbox"/> 14 精巣	<input type="checkbox"/> 15 前立腺	<input type="checkbox"/> 16 腎・尿管・膀胱	<input type="checkbox"/> 17 甲状腺	<input type="checkbox"/> 18 副腎	<input type="checkbox"/> 19 血液・リンパ	<input type="checkbox"/> 20 皮膚	<input type="checkbox"/> 21 骨・軟部組織	<input type="checkbox"/> 22 後腹膜・腹膜	<input type="checkbox"/> 23 中皮腫	<input type="checkbox"/> 24 原発不明	<input type="checkbox"/> 88.不明		<input type="checkbox"/> 99.その他 (具体的内容を入力、複数ある場合には以下にすべて入力)	
<input type="checkbox"/> 01 眼・脳・神経	<input type="checkbox"/> 02 耳鼻咽喉・口腔																												
<input type="checkbox"/> 03 胃	<input type="checkbox"/> 04 食道																												
<input type="checkbox"/> 05 大腸	<input type="checkbox"/> 06 小腸・肛門																												
<input type="checkbox"/> 07 肝・胆	<input type="checkbox"/> 08 肺																												
<input type="checkbox"/> 09 膵	<input type="checkbox"/> 10 縦隔・心臓																												
<input type="checkbox"/> 11 乳房	<input type="checkbox"/> 12 卵巣・陰・外陰部																												
<input type="checkbox"/> 13 子宮	<input type="checkbox"/> 14 精巣																												
<input type="checkbox"/> 15 前立腺	<input type="checkbox"/> 16 腎・尿管・膀胱																												
<input type="checkbox"/> 17 甲状腺	<input type="checkbox"/> 18 副腎																												
<input type="checkbox"/> 19 血液・リンパ	<input type="checkbox"/> 20 皮膚																												
<input type="checkbox"/> 21 骨・軟部組織	<input type="checkbox"/> 22 後腹膜・腹膜																												
<input type="checkbox"/> 23 中皮腫	<input type="checkbox"/> 24 原発不明																												
<input type="checkbox"/> 88.不明																													
<input type="checkbox"/> 99.その他 (具体的内容を入力、複数ある場合には以下にすべて入力)																													
7.当該相談についての加算の有無 (該当時のみ)	<p>入院基本料等加算 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>退院調整加算 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p>																												
8.相談者からの相談内容	<p>●分類 (複数選択可および一つのみ選択)</p> <p>実施したすべてに印</p> <p>最も比重の高いもの1つに●</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01 がんの治療</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02 がんの検査</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03 症状・副作用・後遺症</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04 セカンドオピニオン(一般)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05 セカンドオピニオン(受入)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06 セカンドオピニオン(他へ紹介)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 07 治療実績</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 08 臨床試験・先進医療</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 09 受診方法・入院</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 転院</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11 医療機関の紹介</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12 がん予防・検診</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13 在宅医療</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14 ホスピス・緩和ケア</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 01 がんの治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 02 がんの検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 03 症状・副作用・後遺症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 04 セカンドオピニオン(一般)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 05 セカンドオピニオン(受入)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 06 セカンドオピニオン(他へ紹介)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 07 治療実績	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 08 臨床試験・先進医療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 09 受診方法・入院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10 転院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 11 医療機関の紹介	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12 がん予防・検診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13 在宅医療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 14 ホスピス・緩和ケア	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 01 がんの治療	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 02 がんの検査	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 03 症状・副作用・後遺症	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 04 セカンドオピニオン(一般)	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 05 セカンドオピニオン(受入)	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 06 セカンドオピニオン(他へ紹介)	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 07 治療実績	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 08 臨床試験・先進医療	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 09 受診方法・入院	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 10 転院	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 11 医療機関の紹介	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 12 がん予防・検診	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 13 在宅医療	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 14 ホスピス・緩和ケア	<input type="checkbox"/>																												

「相談記入シート」記入の際の留意点	
「相談」に含まないもの	ニーズを開き整理するなどのプロセスなく行う他部署への紹介、挨拶、苦情、お礼、単純な問い合わせ、雑談など
「がん相談支援センターの相談」に含まないもの	シート2に示した、診療報酬や自費診療としてまかなわれるもの(退院調整加算については、そのことを明記して記載可)
「相談シート1枚」に記載すべき単位	平成21年6月22日付、「がん診療連携拠点病院の指定更新等に向けた留意事項について」で示された単位とする。
	CSVファイルとして送信する時には削除されるデータ

← 受付番号は新規登録時は空欄、修正時は受付番号が異なります。

← *2 相談員の氏名がプルダウンにない場合には「2_相談員一覧.xls」で入力し、「相談員氏名のプルダウンを更新」を押してから選択してください。

← *緩和ケア実施中：緩和ケアのみを行なっている場合に選択する。積極的治療と同時に行なっている場合には選択しない。

← ()はICD10分類	← ()はICD10分類
← (眼・神経・脳・脊髄、中枢神経/C69-C72)	← (口唇・舌根・舌・歯肉・口腔底・口蓋・耳下腺・大唾液腺・扁桃・中咽頭・上咽頭・梨状輪・下咽頭/C00-C14) (鼻腔・中耳・副鼻腔・喉頭/C30-C32)
← (胃/C15)	← (食道/C15)
← (結腸・直腸S状結腸移行部・直腸/C18-C20)	← (小腸・肛門・肛門管/C17,C21)
← (肝・肝内胆管・胆嚢・胆膵/C22-C24)	← (膵/C25)
← (気管・気管支・肺/C33-C36)	← (胸腺・心臓・縦隔・胸膜・胸嚢/C37-C39)
← (乳房/C50)	← (外陰部・膣・卵巣・胎嚢/C51,C52,C56-C58)
← (子宮頸部・子宮体部・子宮/C53-C55)	← (精巣・精巣/C60,C62,C63)
← (前立腺/C61)	← (腎・腎盂・尿管・膀胱/C64-C68)
← (甲状腺/C73)	← (副腎・内分泌腺/C74,C75)
← (リンパ・造血組織/C81-C96)	← (皮膚/C43-C44)
← (脊・関節軟骨/C40-C41) (カポシ肉腫・末梢神経・自律神経/C46-C47,C49)	← (後腹膜・腹膜/C48)
← (中皮腫/C45)	← (原発不明/C76-C80)
← がん以外 (がんの診断未) も含める。	

← 「セカンドオピニオンとはどのようなことか」など、セカンドオピニオン一般に関する相談に対応した場合に選択。

← 相談員が所属する施設 (自施設) で実施されているセカンドオピニオンに関する相談に対応した場合に選択。

← 他施設で実施されているセカンドオピニオンに関する相談に対応した場合に選択。

← 特定の部位の症例数、特定の治療法・術式の実施状況についての相談に対応した場合に選択。

← 受診までの流れ、予約方法、診療科・入院・入院生活などについての相談に対応した場合に選択。

← 治療・療養の場の変更に関する相談に対応した場合に選択。

← この医療機関で、治療・ケア・療養が受けられるか等の相談に対応した場合に選択。

← 在宅医療の提供を受けるには、その実施についてなど「在宅医療」についての相談に対応した場合に選択。

← ホスピス・緩和ケアの提供を受けるには、その実施についてなど「ホスピス・緩和ケア」についての相談に対応した場合に選択。

		<input type="checkbox"/> 15.食事・服薬・入浴・運動・外出など <input type="checkbox"/> 16.介護・看護・養育 <input type="checkbox"/> 17.社会生活(仕事・就労・学業) <input type="checkbox"/> 18.医療費・生活費・社会保障制度 <input type="checkbox"/> 19.補完代替療法 <input type="checkbox"/> 20.生きがい・価値観 <input type="checkbox"/> 21.不安・精神的苦痛 <input type="checkbox"/> 22.告知 <input type="checkbox"/> 23.医療者との関係・コミュニケーション <input type="checkbox"/> 24.患者-家族間の関係・コミュニケーション <input type="checkbox"/> 25.友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション <input type="checkbox"/> 26.患者会・家族会(ピア情報) <input type="checkbox"/> 88.不明 <input type="checkbox"/> 99.その他(以下に具体的内容を記入)	
	●内容(任意入力)		
9.対応内容	●分類 (複数選択可および一つのみ選択)	実施したすべてに☑ 最も比重の高いもの1つに● <input type="checkbox"/> 01.聴き・語りの促進・支持的な対応 <input type="checkbox"/> 02.助言・提案 <input type="checkbox"/> 03.情報提供 <input type="checkbox"/> 04.施設受診の説明 <input type="checkbox"/> 05.他施設受診の説明 <input type="checkbox"/> 06.施設他部門への連携 <input type="checkbox"/> 07.他施設への連携 <input type="checkbox"/> 08.ピアサポート機能の紹介 <input type="checkbox"/> 88.判断不明 <input type="checkbox"/> 99.その他(以下に具体的内容を記入)	
	●内容(任意入力)		
10.相談者からの評価	●対応内容への評価 <input type="checkbox"/> 01.役に立つ <input type="checkbox"/> 02.役に立たない <input type="checkbox"/> 03.どちらでもない <input type="checkbox"/> 88.判断不明 <input type="checkbox"/> 99.その他(以下に具体的内容を記入)		
	●相談支援センターの今後の活動についての要望		
11.施設自由使用欄(テキスト入力)	項目1(任意入力)		
	項目2(任意入力)		
	項目3(任意入力)		

← がんを抱えての親や子どもなどの「介護・看護・養育」などについての相談に対応した場合に選択。

← がんに伴い生じる深刻とした不安や、強い精神的苦痛に関する相談に対応した場合に選択。

← 同じような状況の人と話してみたいなど「ピア情報」(患者会・家族会やNPO、セミナー等)についての相談に対応した場合に選択。

← 医学的、心理社会的な内容等、何らかの情報提供を行った場合に選択。

← 自施設の他部門に紹介するなど、他部門との連携を図った場合に選択。

入力中のデータを初期化

入力したデータを登録する

修正する相談データの日付けを入力

開始日付 2015/12/04
終了日付 2015/12/04

修正を始める

送信する相談データの日付けを入力

開始日付 2015/11/01
終了日付 2015/12/04

送信用ファイルの作成