自立性喪失の評価表

□6 か月後　　□1 年後　　□2 年後

高齢がん患者の医療と介護の連携に関する研究 ～高齢悪性リンパ腫患者の治療と自立性喪失、介護度増悪に関する前向き観察研究～	
登録番号	担当医
患者名	記入日　　年　　月　　日
Performance status	□0　□1　□2　□3　□4
1.新しく介護保険認定されたか（必須）	□はい　□いいえ　□不明
認定介護度（わかれば）	□要支援 1　□要支援 2　□要介護 1　□要介護 2　□要介護 3 □要介護 4　□要介護 5
2.介護サービスを開始された（必須）	□はい　□いいえ　□不明
3.リハビリテーション病院へ転院 あるいは入院した	□はい　□いいえ　□不明
4.在宅医療が開始された	研究 A を選択の場合のみ回答してください □はい　□いいえ　□不明
在宅医療が開始された内容	研究 A を選択の場合のみ回答してください （　　）
5.心身の機能悪化により治療終了後 24 週以内に再入院した（必須）	＊未治療の症例は、登録後 24 週以内の再入院について回答 □はい　□いいえ　□不明　□治療中につき回答なし
6.治療開始後 24 週以内の 非がん死亡（必須）	＊未治療の症例は、登録後 24 週以内の再入院について回答 □はい　□いいえ　□不明
【転帰】生存状況（必須）	□生存　□死亡
【転帰】生存確認日	年　　月　　日
【転帰】死亡日	年　　月　　日
【転帰】死因	□腫瘍死　□非腫瘍死
【転帰】非腫瘍死__内容	（　　）
【転帰】転院状況	□無　□有
【転帰】転院__有の理由	（　　）
治療の開始について	登録時未治療の症例のみ回答してください □無　□有
治療が開始された場合、 治療開始日	登録時未治療の症例のみ回答してください 年　　月　　日
治療が開始された場合 治療内容	登録時未治療の症例のみ回答してください （　　）