

外来共通問診票

フリガナ お名前	様	男・女	歳	身長 cm	体重 Kg・g
生年月日:	年 月 日	ご職業:			
スタッフ記載欄	血圧 mmHg	脈拍 回/分	体温 °C	O2SAT	%

▼現在かかりつけの病院等がありますか？

☐なし ☐あり (診療所名:)

▼かかりつけの歯科医がありますか？

☐なし ☐あり (診療所名:)

▼今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気がありますか？

☐なし

☐がん (歳) ☐喘息 (歳) ☐高血圧 (歳)

☐糖尿病 (歳) ☐心臓病 (歳) ☐肝臓病 (歳)

☐腎臓病 (歳) ☐脳卒中 (歳) ☐結核 (歳)

☐その他(病名:) (歳)

☐手術 (病名/手術名:) (歳)

▼血縁の方に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？

☐なし

☐がん (続柄:) ☐喘息 (続柄:) ☐高血圧 (続柄:)

☐糖尿病 (続柄:) ☐心臓病 (続柄:)

☐腎臓病 (続柄:) ☐脳卒中 (続柄:)

☐その他(病名:) (続柄:)

▼薬のことについてお聞きします。

- ① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ ☐なし ☐あり
- ② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？
- ☐なし ☐あり ⇒ ☐抗生物質(薬品名:) ☐造影剤 ☐麻酔薬
- ☐その他 ()
- ③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬:ワーファリン・バイアスピリンなど)、ホルモン剤(低用量ピルなど)、を飲んでいますか？
- ☐いいえ ☐はい ⇒ 薬品名 ()

* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼嗜好品についてお聞きします。

- ① お酒は飲みますか？
- ☐飲まない ☐時々飲む ⇒ ()を()杯/合/ml 週()日
- ☐毎日飲む ⇒ ()を()杯/合/ml
- ② タバコは吸いますか？
- ☐吸わない ☐吸う ⇒ 1日に()本 ()歳～
- ☐今は吸わない ⇒ ()～()歳まで 1日に()本()年間

お名前 : _____
生年月日 : _____

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

☐いいえ ☐はい ⇒ いつ頃受けましたか？ () 歳頃 ☐わからない

▼アレルギーについてお聞きます。

① 食物でアレルギーはありますか？

☐なし ☐あり ⇒ どんな食物ですか？ ()

② その他、アレルギーはありますか？

☐なし

☐花粉症 ☐ハウスダスト ☐金属 ☐ラテックス ☐その他 ()

▼せきは出ていますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きます。

① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？ ☐いいえ ☐はい

② 2週間以上、せきが続いていますか？ ☐いいえ ☐はい

▼痛みについてお聞きます。からだの中で痛いところがありますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きます。

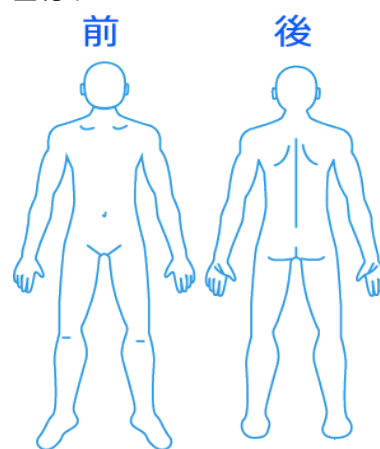
① 痛い場所はどこですか？

右図の該当する部位に○をつけてください。

② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？

該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

☐食事量の変化なし

☐食事量がおおよそ2/3に減った

☐食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

☐体重の減少に変化なし

☐1 kg～3 kgの体重の減少あり

☐3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きます。

① いつ頃ですか？ () ヶ月前

② どのように転びましたか？

① いつ頃ですか？ () ヶ月前

② どのように転びましたか？

☐ふらついた ☐つまずいた ☐足がもつれた

☐その他 ()

▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

☐なし ☐あり

→「あり」を選択された方にお聞きます。

① いつですか？ () ～ ()

② どこへいきましたか？

()

▼女性の方にお聞きます。現在、妊娠中ですか？

☐はい ☐いいえ ☐わからない ☐授乳中

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

☐本人 ☐家族：お名前 () (続柄：)

☐その他 ()

→「本人」を選択された方にお聞きます。

どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？

☐はい ☐悪い結果なら知りたくない ☐その他

▼この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

☐いいえ ☐はい → 受診時期 () 月頃 / 指摘事項 ☐なし ☐あり ()

腫瘍放射線科問診票

記入日 : 年 月 日
お名前 :
生年月日:

▼職業を教えてください

▼放射線治療中は仕事を継続しますか？

☐いいえ ☐はい ⇒ 継続する場合の勤務時間（ ）

▼放射線治療の経験はありますか？

☐今回初めて ☐過去に経験あり

▼主治医から病名はどのように聞いていますか？

▼どこに放射線をあてると聞いていますか？

▼なぜ放射線治療が必要だと言われましたか？

▼治療への意気込みを教えてください。

☐前向きに頑張りたい

☐治療が最後まで続けられるか心配

⇒ 理由: ☐体力的に ☐精神的に ☐家庭の事情で ☐その他（ ）

☐できれば治療をやりたいくない

▼放射線治療を受けるにあたり不安なことはありますか？

☐なし ☐あり →（ ）

▼現在自覚できる症状はありますか

☐なし ☐あり →（症状： ）

▼1週間以内にバリウムの検査を受けられましたか？

☐いいえ ☐はい →（検査を受けられた日： 月 日）

▼下腹部（前立腺・子宮・大腸など）の治療をされる方は、下記をお知らせ下さい。

排便習慣: ☐毎日 ☐（ ）日に1回⇒ ☐普通便 ☐軟便 ☐下痢 ☐硬い便 ☐痔がある
☐便秘薬の内服あり（薬品名： ）

排尿習慣: 昼間:（ ）回 夜間:（ ）回

▼仰向けの姿勢を 15～20 分位維持できますか？

☐はい ☐いいえ →（理由： ）

▼ご自分の性格を教えてください。 ※家族からみたご本人の性格でもかまいません。

☐楽観的 ☐悲観的 ☐温和 ☐優柔不断 ☐短期 ☐心配性 ☐その他（ ）

▼自宅から病院までの所要時間は何分ですか？

約（ ）分⇒ 通院手段: ☐電車 ☐バス ☐自家用車 ☐送迎 ☐自転車 ☐徒歩

▼連絡先を教えてください。

ご本人 と連絡が取れる電話番号 (携帯電話を含む)	①
	②
ご家族と連絡が取れる電話番号 (緊急連絡先)	①
	②

あなたの悩みや負担に思うことを教えてください

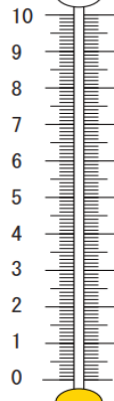
ID

氏名

歳

記入者 ☐ 患者本人 ☐ 家族 () ☐ 医療者 ()

1. 1週間の気持ちのつらさを平均して、
最も当てはまる数字に○をつけてください(右図)

最高に
つらい

2. 右図の数字となった理由について当てはまるものにチェックを入れてください

【からだのこと】

- | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|
| ☐ 痛み | ☐ 発熱 | ☐ 息苦しさ |
| ☐ 睡眠の問題 | ☐ 食欲の減退 | ☐ 吐き気 |
| ☐ 記憶力・集中力の低下 | ☐ だるさ | ☐ 便秘・下痢 |
| ☐ 手足のむずむず感 | ☐ 容姿に関すること(脱毛、むくみなど) | |

つらさは
ない

【不安や気持ちのこと】

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 悲しいと感じる | ☐ 孤独だと感じる | ☐ 怒りを感じる |
| ☐ 失望や落胆の感情がある | ☐ 頭が混乱している | ☐ やる気が起きない |
| ☐ 感情の起伏が激しい | ☐ 不安や恐怖を感じる | |

【治療、治療場所や通院に関すること】

- | | |
|---|--|
| ☐ 病気・治療について情報が足りていない | ☐ 病気・治療について理解できていない |
| ☐ 治療に積極的になれない | ☐ 希望を尊重してもらえない |
| ☐ 通院や治療場所の選択について困りごとがある | |
| ☐ 周りが理解してくれない(医師、看護師、親、配偶者、友人など) | |

【経済面(お金のこと)や仕事に関すること】

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 医療費のこと | ☐ 生活費のこと | ☐ 社会保障制度のこと |
| ☐ 仕事のこと | | |

【日常生活に関すること】

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ 学校のこと | ☐ 大切な予定に参加できないこと |
| ☐ 妊娠・結婚に関すること | ☐ 性に関すること |

【家族(ペットを含む)や周囲に関すること】

- | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 父親のこと | ☐ 母親のこと | ☐ きょうだいのこと |
| ☐ 配偶者のこと | ☐ 子どものこと | ☐ 友人のこと |
| ☐ 彼女/彼氏・パートナーのこと | | ☐ ペットのこと |

【他に、ご心配なことがあれば教えてください】

【それらについて、専門スタッフの相談を希望しますか?】 ☐ 希望する ☐ 希望しない