

記入日
(西暦): 年 月 日

腫瘍放射線科

外来共通問診票

記入日 : 年 月 日	男・女	歳	身長 cm
ふりがな お名前 : 様	ご職業		
生年月日 : 年 月 日	体重 Kg・g		
スタッフ記載欄	血压 mmHg	脈拍 回/分	体温 ℃
			O ₂ SAT %

▼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: ）

▼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 : _____ 様
生年月日 : M/T/S/H/R/西暦 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します。

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します。

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します。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します。

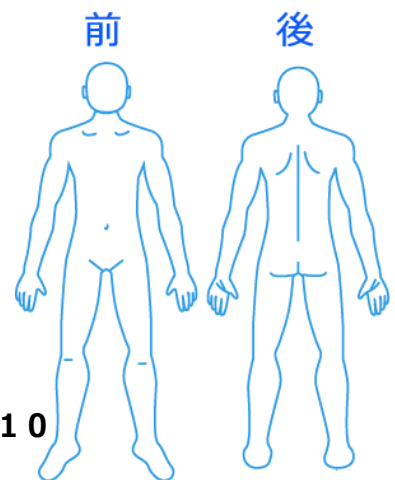
① 痛い場所はどこですか？

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します。

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します。

① いつですか () ～ ()

② どこへいきましたか ()

▼女性の方にお聞きします。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します。

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検診に限る）を受診しましたか？

☐いいえ

☐はい→受診時期 () 月頃

／指導事項

☐なし

☐あり

▼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→（ ）

▼現在自覚する症状はありますか？（例：咳・湿疹・水虫など）

☐なし ☐あり→（症状： ）

▼仰向けの姿勢を 30 分くらい維持できますか？

☐はい ☐いいえ→（理由： ）

▼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

▼女性の方にお聞きします。現在、性交のあるパートナーはいますか？

☐いない ☐いる

▼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

悩みや負担についての質問票

記入者 ☐ 患者さん ☐ ご家族 ☐ 医療者（ ）

がん患者さんの悩みや負担をおうかがいする質問票です。
ご希望がある場合は、専門スタッフとご相談いただけます。

この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

からだのつらさがありますか？
（ ある ・ ない ）

治療場所や通院について気がかりはありますか？
（ ある ・ ない ）

経済面や仕事について気がかりはありますか？
（ ある ・ ない ）

日常生活について気がかりはありますか？
（ ある ・ ない ）

家族の介護やペットについて気がかりはありますか？
（ ある ・ ない ）



● 専門スタッフへの相談を希望しますか？（ する ・ しない ）

「あり」が1つ以上あり、相談希望するとき



PHS 6897 に連絡