

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

記入日	年	月	日	男・女	歳	身長 cm	体重 Kg・g
ふりがな お名前	様			ご職業			
生年月日	年	月	日				
スタッフ記載欄	血圧	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、現在治療中の病気はありますか？

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。

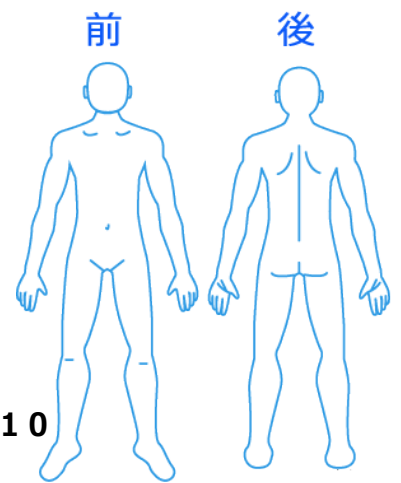
① 痛い場所はどこですか？

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