

腫瘍内科問診票

年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

()

2. 病気について医師からどのような説明を受けましたか？

()

3. 今までにかかった病気および習慣について分かる範囲でご記入下さい。

高血圧・糖尿病・喘息・心臓病・その他 ()
薬のアレルギー：(有・無) (薬品名：)
手術歴：(有・無) (歳) (歳)
虫歯：(有・無・不明) 歯科医院：(通院中・通院検討中)
喫煙歴：(有・無) (一日喫煙本数 本・ 年間喫煙)
飲酒歴：(有・無) (一日平均量 ml・ 年間飲酒)

4. 現在、内服している薬はありますか？

はい (薬剤名：) ・ いいえ

5. 今一番辛いこと困っていることはありますか？

(例) 痛みや息苦しさなどの症状がある、病気のことが不安でどうしたらいいか分からない など)

