

放射線治療科問診票

年齢 _____ 歳

ご職業 _____

ID _____

フリガナ _____

氏名 _____

1. ご病気や治療方針について医師からどのような説明を受けましたか？

病気について：

治療について：

2. 今回のご病気に対して受けた治療についてご記入ください

- 手術 (有・無) (いつ頃： _____) (手術名： _____)
- 化学療法 (有・無) (いつ頃： _____) (抗がん剤： _____)
- ホルモン療法 (有・無) (いつ頃： _____) (薬剤名： _____)

3. 挿入物および生活習慣についてご記入ください

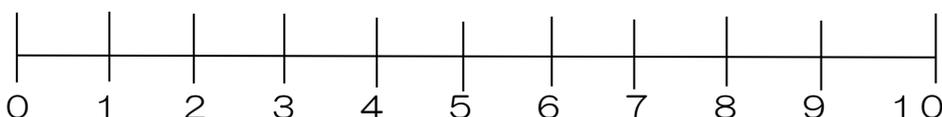
- ペースメーカー (有・無) 人工肛門 (有・無) 胃瘻 (有・無) 腎瘻 (有・無)
- 義歯 (上・下・部分) その他 (_____)
- アレルギー (有・無) 原因： _____ テープかぶれ (有・無)
- 喫煙歴 (有・無) 1日 _____ 本 _____ 年間
やめた時期 _____ 年前からやめている
- 飲酒歴 (有・無) 1日 _____ ml _____ 年間
やめた時期 _____ 年前からやめている
- 移動手段
自立 杖 車イス その他 (_____)

4. 家族構成 (同居・別居含む) と通院方法をご記入ください

- ご家族：(夫・妻・子供 (_____ 人)・兄弟 (_____ 人)・その他 (_____)
- キーパーソン
名前 _____ ご本人との関係 _____ 年齢 _____ 健康状態 _____
- 通院手段/時間
電車 / _____ 分 車 / _____ 分 自転車 / _____ 分 徒歩 / _____ 分

5. 現在つらい症状はありますか？ 該当する症状に○を付けてください (複数回答可)

- 嘔気 めまい 食欲不振 倦怠感 呼吸困難感 咳 便秘 その他症状 (_____)
- 痛み (部位： _____)
- 痛くない _____ 一番痛い _____



6. 治療中は一定の姿勢を保つ必要があります

- あおむけになれますか？ (はい・いいえ)
 10～15分のあいだあおむけでいられますか？ (はい・いいえ)
 両腕が胸より上まで上がりますか？ (はい・いいえ)

7. 今までかかったご病気について以下の項目にお答えください

疾患名	あり・なし (どちらか○印)	何歳 から	治療の状況 (該当するものに○印)	手術の有無
心筋梗塞	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
狭心症	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
心不全	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
不整脈	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
高血圧	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	/
脳梗塞	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
脳出血	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
麻痺	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
認知症	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	/
慢性肺疾患 (COPD 等)	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
膠原病 (SLE・多発筋炎・リウマチなど)	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
胃潰瘍	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
十二指腸潰瘍	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
感染症 (肝炎・結核・AIDS など)	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
肝硬変	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
肝臓の病気	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
糖尿病	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
腎臓の病気 (透析など)	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
白血病	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
リンパ腫	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
その他のがん・転移 病名： 部位：	あり・なし	歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし
その他 (病名：)		歳	治療中・治癒・無治療	あり・なし

