

診察券番号: _____ 氏名: _____ フリガナ: _____

※～※ 食道がんセンター 外来初診の患者さんへ ※～※

1. どうしましたか？

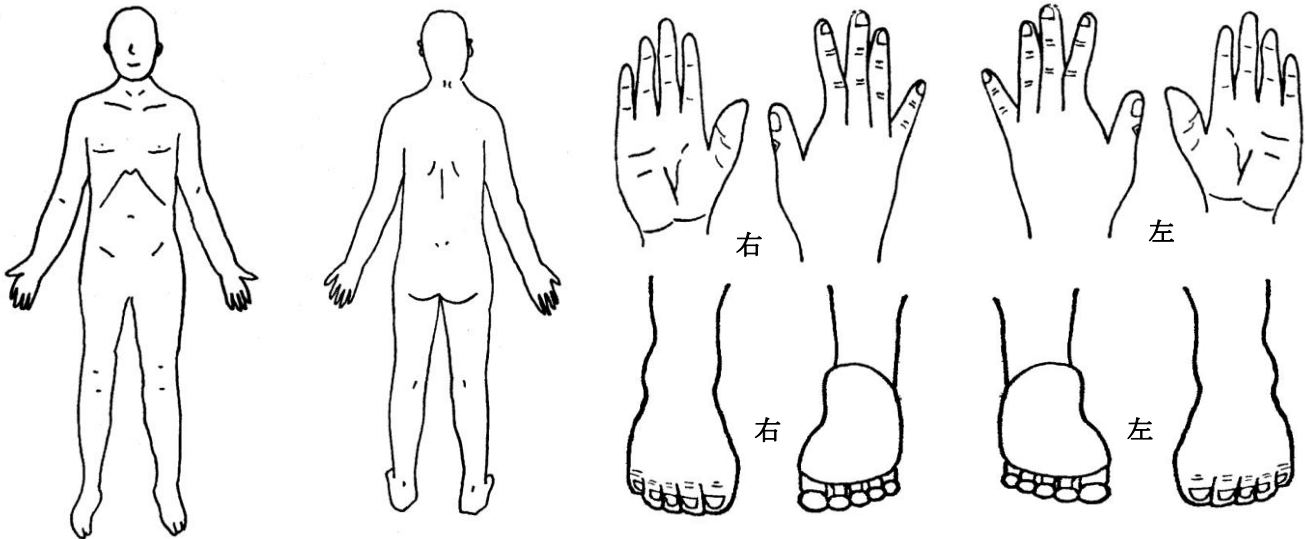
()

2. その原因と考えられるものはありますか？

()

3. その場所はどこですか？

()



4. 入院したり、手術を受けたことがありますか？

()

5. 現在治療中の病気（糖尿病、胃潰瘍、高血圧など）はありますか？

()

6. 薬や注射でアレルギーがありますか？

()

7. 現在、内服している薬はありますか？

()

8. 最後の生理はいつですか？

() 月 () 日 ～ () 月 () 日
() 歳で閉経した

9. 現在、妊娠しているのか、またその可能性はありますか？

はい（出産予定日：20 年 月 日） ・ いいえ ・ 不明 ・ 閉経

10. この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？ (はい ・ いいえ)

指摘事項: ()

当院は、マイナンバーカードの健康保険証利用で、オンラインにて患者さんの服薬情報や健診結果等を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

からだときもちのつらさの問診票

当院は特定機能病院・東京都がん診療連携拠点病院として、患者さんのつらい症状に対応し治療や療養を続けるためのケアを提供しております。

どのようなことにお困りであるかを伺い、一緒に対応を考えていきたいと思ひます。

①からだのつらさについてお伺ひします

現在、からだのつらさを感じていますか？ はい いいえ
どのような症状がありますか？あてはまるものに○をつけてください。

痛み・しびれ 食欲不振・悪心 咳・息苦しさ だるさ むくみ
その他 []

②きもちのつらさについてお伺ひします

現在、きもちのつらさを感じていますか？ はい いいえ
どのようなつらさですか？あてはまるものに○をつけてください。

眠れない 気分の落ち込み 物事を楽しめない 気力がない 不安
その他 []

③緩和ケアチームへの相談を希望しますか？

はい いいえ

当院には、緩和ケアチームがあり、痛みなどのからだの症状や気持ちのつらさに専門の医師や看護師、薬剤師が対応します。また、療養や経済的な問題、制度に関するご相談の場合は、総合相談センターと連携して対応することも可能です。

④お子さんやご両親、ご家族への“病気の説明”についてお伺ひします

ご家族に対するご自身の“病気の説明”についての相談を希望されますか？

はい いいえ

がんと診断されることは誰にとっても衝撃的なことです。ご自身の病気や治療に加え、お子さんに与える影響、お子さんやご家族のお世話、そしてご家族に事実を話すかどうか、何をどこまで話したらよいかといったこともあなたと一緒に考えます。

⑤治療と仕事の両立について専門職との相談を希望しますか？

はい いいえ

質問は以上です。看護師またはクラークにお渡しくたさい。