

問 診 票 (1 / 6)

ご自身、もしくは同居されている方が、わかる範囲でご記入ください。

フリガナ

患者さんのお名前

生年月日

年齢

※普段の数値をご記入ください

身長	cm	体重	Kg	血圧	/	mmHg
----	----	----	----	----	---	------

通院所要時間	約	時間	分	主な交通手段	<input type="checkbox"/> 車・タクシー	<input type="checkbox"/> バイク
					<input type="checkbox"/> 電車	<input type="checkbox"/> バス
					<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 徒歩
ご職業	現在					
	過去					

== == == == == == == == == == == == == == == == == ==

今後の検査・診療を行う上で、注意したいことを伺います。

薬剤アレルギーについて

- なし
あり

➤どの薬剤で、いつごろ、どのような症状が起きたかを記載してください。

薬剤名	時期	症状

食物アレルギーについて

- なし
あり

➤どの食品で、いつごろ、どのような症状が起きたかを記載してください。

内容	時期	症状

その他のアレルギーについて

- なし
あり

➤何が原因で、いつごろ、どのような症状が起きたかを記載してください。

内容	時期	症状

過去のCT/MRI/PET検査で副作用を疑う症状がありましたか？

- なし
あり

造影剤名)	症状)
-------	-----

問 診 票 (2 / 6)

下記の中に、これまでにかかった疾患がありましたら、☑してください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 | <input type="checkbox"/> 腎臓病、腎不全 |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 腎臓からたんぱくが大量に出る病気 |
| <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫、ホルモン性高血圧症 | |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症（診断がなくとも、ご自身で思われる方は☑してください） | |

以下の器具について、ご自身の体内にあるものに☑してください。

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 義歯 | <input type="checkbox"/> インプラント | <input type="checkbox"/> 静脈ポート |
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 人工弁 | <input type="checkbox"/> 整形外科プレート類 |

クリップ : →部位

人工血管

スtentやドレーン : →部位

その他

生活習慣について伺います。

飲酒

過去には飲酒していたが、現在は飲まない

全く飲まない

※1回の飲酒量を記載ください

飲む

機会飲酒のみ	回/月
平均して	回/週

ビール	ml
焼酎	合
日本酒	合
ワイン	ml

喫煙

吸わない

過去に吸っていたがやめた(禁煙後、1ヵ月以上経過している)

歳	～	歳まで	
			平均
			本/日
歳 ～ 現在まで			喫煙歴
			年

吸う

睡眠

眠れている

あまり眠れない

※寝る前に飲んでる薬がありましたら、薬剤名と使用頻度を記載ください。

薬剤名)
使用頻度) <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> まれに

いびきはかきますか? はい

睡眠時に器具を使用していますか? はい

食事

経口

経管

経腸

末梢点滴

IVH

食事形態

常食

お粥

カロリー制限食 (

kcal)

一日の食事の回数は何回ですか?

回/日

食べられない食品がありましたら記載ください。

問 診 票 (3 / 6)

排泄 排尿回数 ・ 1日に () 回 ・ 夜間排尿 () 回
 排尿感覚 排尿時に出にくい 残尿感
 排尿に時間がかかる 尿漏れ
 終了時にキレが悪い 間に合わない
 排便回数 ・ () 回 / () 日
 便の性状 普通便 硬便 軟便 下痢便
 その他、実際の状況をお知らせください。

()

下剤使用あり 薬剤名
 下剤の使用頻度 毎日 1日おき 2・3日おき 週1回 たまに
 コロストミーあり 腎ろう造設あり
 ウロストミーあり カテーテル留置あり 自己導尿あり
 おむつ使用 リハビリパンツ使用 尿とりパット使用

※女性の方に伺います。

閉経していますか はい いいえ

ご本人は、今回治療する疾患の名称と病状について、どのように理解されていますか？

疾患の 名称	
病状	

ご家族は、今回治療する疾患の名称と病状について、どのように理解されていますか？

(ご本人さまと同一の場合、ご記入は不要です。)

疾患の 名称	
病状	

障害者手帳はお持ちですか？ なし 申請中 あり / No. ()

介護保険は利用されていますか？ なし 申請中 あり

要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

問 診 票 (4 / 6)

これまでにかかった疾患や外傷について伺います。

いつ、何歳頃	輸血 有無	病気やケガ	治療	自由記載
例) 22歳		自然気胸	処置	管を入れて脱気した。
・ 歳				
・ 歳				
・ 歳				
・ 歳				
・ 歳				
・ 歳				
・ 歳				
・ 歳				
・ 歳				

過去に、放射線治療を受けたことがありますか？ あり なし

家族構成について伺います。

続柄	連絡 順番	年齢		同居の有無	お名前
例) 配偶者	①	65	<input checked="" type="checkbox"/> 死去	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
			<input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
			<input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
			<input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
			<input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
			<input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
			<input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
			<input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
			<input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

問 診 票 (5/6)

現在、気になっている症状について、ご記入ください。

以下に、該当する症状があれば、してください。

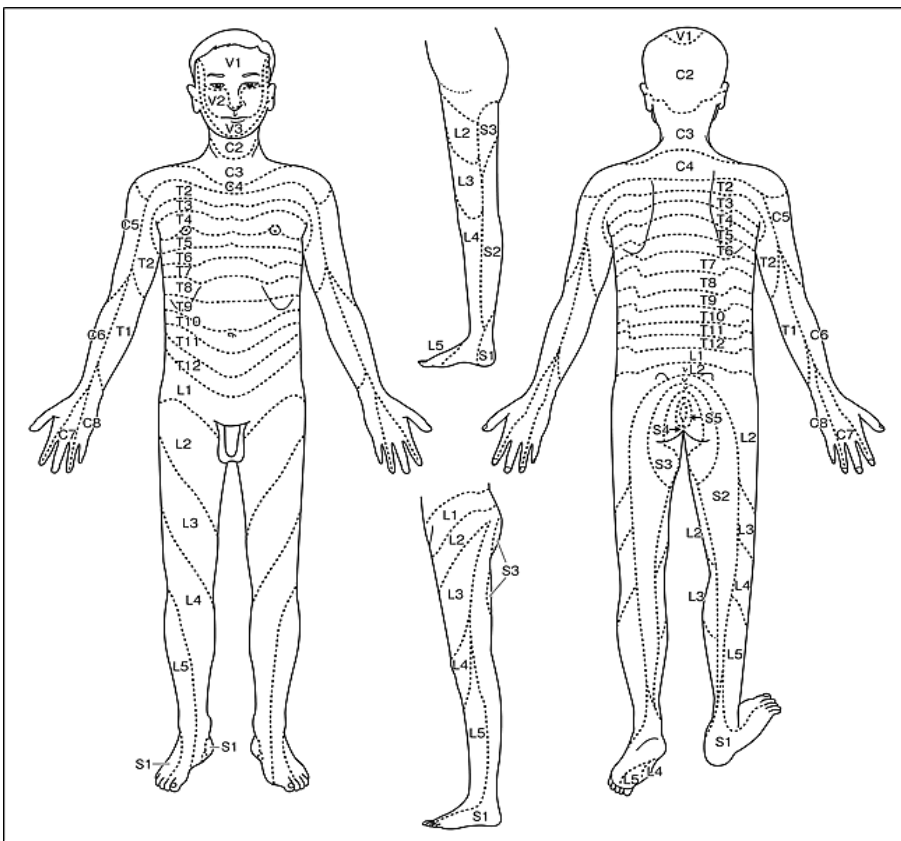
喉や呼吸に関する症状 咳 痰 息苦しさ その他 ()

胃や腸の症状 吐き気 胃痛 腹痛 その他 ()

皮膚症状 あり 症状 ()

関節の動きに制限はありますか？ あり 症状 ()

しびれや痛みがあれば、下図の該当する部分に○印をつけてください。



このような症状は
いつ頃からありますか？

年	月頃
---	----

症状をどのようにして、
調整していますか？

普段の移動方法 独立歩行 杖歩行 歩行器使用 車椅子
ベッドのまま その他 ()

日常生活動作について該当するところに○をつけてください。

	食事	洗面	トイレ	着替え	歩行	入浴	移乗	階段昇降
一人でできる								
少し介助を要す								
全介助を要す								

放射線治療を受けるとなった場合の気持ちの変化について、以下に該当するものがあれば☑してください。(複数回答可)

治療ができる安心感がある

治療の効果に不安がある

病状の進行に不安がある

特にない

気になることがある →具体的に ()

上記以外に、現在、心配なことや気がかりなことはありますか？

はい →内容 ()

いいえ

普段、ご相談できる方はいらっしゃいますか？

はい →どなたかお知らせください ()

いいえ

信仰している宗教 (宗教名) なし

信仰において入院中も継続する習慣はありますか？ なし

(習慣の具体的な内容 :)

信仰において、食事の上で制限はありますか？

(内容) なし

予め、医療者へ伝えておきたい事がございましたら、以下の余白へご記入ください。