問 診 票

 記入日:
 年
 月
 日

 記入者:
 本人
 ・他(
)

| | フリ | ガナ | | | | | | | | 性別 | |
|---|---------|-------|--------|---|---------|----------|------------|--------------|------------|-----------|------------------------------|
| | 氏 名 | | | | | | | | 男 | • | 女 |
| | 生年 | 生年月日 | | | 年 | 月 | 日 | | 満 | | 歳 |
| 患者様 | 住 | 住 所 | | | | | | | | 職業 | |
| | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | | 1 | ı | | | 2 | | | | |
| | 身長 | | | cm | 1 | 本重 | | kg (🖥 | +測: | 年 | 月) |
| | フリ | ガナ | | | | | | | | 職業 | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | |
| 緊急 | Д 4 | | +- | | | | | | | 生 | |
| 連絡先 | 住 所 連絡先 | | ₹ | | | | | | | 続 柄 | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | 1 | ① ② | | | | | | | |
| 家族構成を記載してください。一緒に住んでいる方は囲ってください。 家族構成 男性:〇 女性:□ また、下記の既往歴がある場合は、記載してください。 高血圧、糖尿病、高脂血症、脳梗塞、脳出血、心臓病 、がん(がんの種類) | | | | | | | | | | | |
| | 本人 ○ | | | | | | | 例 (C 長 | 男 |] | 】 【 口 ^{大女} |
| がんの | の名称 | | | | | 診 | 断 日 | | <u>/</u> 年 | 月 | 日 |
| ○ (がA. | ,の診断を受し | ナた方のみ | .) 診断: | 後に受けた治療に | チェックを λ | .れてくださ!. | ١, | | | | |
| □ 外科的³ | | | 月] | (とないた出家に(こ) 化学療法 | | | · □ 放射線 | 治療 [| 年 | 月] | |
| □ 免疫治療 | 療 [| 年 , | 月] | □ その他の治療 | ₹ (| | | [| Ę J |]) | |
| □ 特に治療 | 療は受けてい | ない | | | | | | | | | |
| ○ (がん | ,の診断を受け | けた方のみ |)現在 | 受けている治療に | チェックを入 | 、れてくださぃ | ١,٥ | | | | |
| □ 外科的手術 [年 | | | | | | | | | | | |
| □ 外科的- | 手術 [| 年 | 月] | □ 化学療法 | [年 | 月] | □ 放射線 | 治療[| 年 | 月] | |
| □ 外科的- | | | | □ 化学療法□ その他の治療 | | 月] | | | | 月] | |

| ○受けたことのある検査にチェ | ックを入れてください。 | | | | | | |
|---|-------------------|---------|--------|---------------|-------|-----------|--|
| □ PET-CT検査 [年 | 月] □ CT検査 | [年 | 月] | □ MRI検査 [| 年 | 月] | |
| □ 上部内視鏡検査[年 | 月] □ 下部内 | 視鏡検査[| 年 | 月] | | | |
| □ 超音波検査 (部位: | [年 | 月]) | □遺 | 伝子検査[| 年 月 | ∄] | |
| □ その他の検査(| [| 年 | 月]) | | | | |
| □ 特に検査は受けていない | | | | | | | |
| ○ 現在ある症状をご記入ください | ,\ ₀ | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ○ 既往歴をご記入ください。(イ | 列:高血圧・糖尿病など) | | | | | | |
| 病名 | 発症された年齢 | 医療機関 | 関名 | | 治療状況 | | |
| | | | | 内服中・入院・ | 手術・ 通 | 院中 ・ 治療終了 | |
| | | | | 内服中・入院・ | 手術・通 | 院中 ・ 治療終了 | |
| | | | | 内服中・入院・ | 手術・通 | 院中 ・治療終了 | |
| | | | | 内服中・入院・ | 手術・通 | 院中 ・ 治療終了 | |
| ○ 現在飲んでいるお薬・サプリ <i>;</i> | | | | | | | |
| □ ある(薬剤・品名: | | | | |) | | |
| □ない | | | | | | | |
| ○お薬はどのように管理している | ますか? | | | | | | |
| □ 自分で管理し飲んでいる □ | 〕自分以外の人[家族 ・ | ヘルパー・そ | :の他] が | 管理し、自分で飲ん | んでいる | | |
| □ 全て介助で飲んでいる □ その他 () | | | | | | | |
| ○ 生活状況について、該当する」 | 頁目にチェックを入れてく | ださい。 | | | | | |
| ・ 歩行状態 □ 1人で歩ける | □ 杖が必要 □ 車 | ■椅子 □ そ | -の他(| |) | | |
| ・ 食事回数 □ 毎食 □ [朝・昼・晩]のみ □ その他(| | | | | | | |
| ・ 主食 □ 米飯 □ おかり | ▶ □ パン □ 麺類 | 頁 が多い | | | | | |
| ・ 副食 □ 肉野菜中心 □ 肉中心 □ 魚中心 □ 野菜中心 □ 加工品 が多い | | | | | | | |
| · 食事量 □ 全量 □ 5割 □ 3割 □ 1割 | | | | | | | |
| ・ 食事の用意 □ 自炊 □ 家族が調理 □ 外食 □ スーパーのお惣菜など | | | | | | | |
| ○排泄状況をご記入ください。 | | | | | | | |
| ・ 排便回数 [日に 回 |]] □ 普通便 □ | 軟便 □ ↑ | 痢気味 | | | | |
| ・ 内服薬 □ 下剤(薬剤:) □ 乳酸菌サプリメント (品名:) | | | | | | | |
| ・ 排便回数 [回] □ 着用物なし □ オムツ □ パット □ 排尿バック | | | | | | | |

| ○ たばこは吸いますか? |
|--|
| □ 吸う(本/日) □ 過去に吸っていた(年間 本/日) |
| □ 吸わない |
| ○お酒は飲みますか? |
| □ 飲む(頻度: 毎日 ・ 週 ・ 月 に 日 / 種類: / 量: ml) |
| □ 飲まない |
| ○ アレルギーはありますか? |
| □ ある (薬剤: / 食品: / その他:) |
| ※ 造影剤・ヨードアレルギーの有無 □ ある □ ない □ わからない |
| ロない |
| ○ 感染症の指摘を受けたことがありますか? |
| □ B型肝炎 □ C型肝炎 □ HIV □ 梅毒 □ その他() |
| ロない |
| ○ 体内に金属(ステント)は入っていますか? ※インプラント以外 |
| □ ある (部位:) |
| ない |
| ○ 治療に際して気がかりな点ににチェックを入れてください。 |
| □ 治療期間について □ 治療内容について □ 治療費について □ 検査内容について □ 家族のこと |
| □ 仕事のこと □ 食事のこと □ その他() |
| □ 特に気がかりな点はない |
| ○ 質問等がありましたらご記入ください。 |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |