

## 腫瘍内科外来問診票 (1)

検温 : \_\_\_\_\_℃

フリガナ

お名前 : \_\_\_\_\_ (男・女・その他)

生年月日 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 年齢 : \_\_\_\_\_歳

住所 : 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

自宅 : \_\_\_\_\_ 携帯 : \_\_\_\_\_

勤務先 : \_\_\_\_\_ 勤務先 TEL : \_\_\_\_\_

1. 現時点での病気・病状及び治療の経過についてどのように説明されていますか。

- A. 病名 ( \_\_\_\_\_ )  
B. 病状・いつ頃から ( \_\_\_\_\_ )  
C. 治療内容 ( \_\_\_\_\_ )  
D. かかりつけの病院・診療科 ( \_\_\_\_\_ )

2. 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、をつけてください。

- 高血圧  糖尿病  喘息  肺炎  結核  腎臓病  肝臓病  
 心臓病  不整脈  脳梗塞  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. ご自分の病状について、良くないことを含めてすべて知っておきたいと思いませんか。当てはまるものにをつけてください。

- すべて知りたい  
 良いことは聞きたいが、悪いことは聞きたくない  
 すべて家族に話して欲しい  
 分からない

4. 現在つらいと感じていらっしゃることは何ですか。当てはまるものすべてにをつけてください。

- 痛み  怠さ  吐気・嘔吐  便秘・下痢  食欲不振  むくみ  
 お腹の張り感  息苦しさ  咳  尿が出づらい  痒み  しゃっくり  
 眠れない  不安が強い  気分が落ち込む  つらいところはない

## 腫瘍内科外来問診票（2）

5. 病気のこと以外で心配なことはありますか。当てはまるものに☑をつけてください。
- 家族のこと ( )
- 仕事のこと ( )
- 経済的なこと ( )
- その他 ( )
- なし
6. 当クリニックの腫瘍内科にどのようなことを希望されますか。  
( )
7. 今までに大きな病気や手術を受けられたことはありますか。  
はい ・ いいえ 病名又は手術名 ( )
8. 現在服用している薬はありますか。  
はい ・ いいえ 薬の名前 ( )
9. アレルギー体質はありますか。  
はい ・ いいえ 何のアレルギーですか ( )
10. タバコは吸いますか。お酒は飲みますか。  
タバコ： はい ・ いいえ ( 本数 日)  
お酒： はい ・ いいえ
11. (女性の方) 妊娠の可能性はありますか。  
はい ・ いいえ ・ 分からない
12. 当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。当てはまるものに☑をつけてください。
- 近所に在住  勤務先が近い  ホームページ  入口の表示を見て
- パンフレット・チラシ  家族の紹介  知人の紹介  他院の紹介
- SNS  その他 ( )