

腫瘍内科外来問診票 (1)

フリガナ

検温 : _____℃

お名前 : _____ (男・女・その他)

生年月日 : 大正・昭和・平成 年 月 日 年齢 : _____歳

住所 : 〒 _____

自宅 : _____ 携帯 : _____

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. 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
- その他 ()