

問診票

2018.7.24 改訂

当センターでの適切な診察や治療、看護ケアを提供するにあたり、この問診票へのご記入をお願い致します。

氏名:	本人連絡先()	記入日西暦	年	月	日	
* 連絡先: 家族構成 必ず連絡のつくところを数か所お書き下さい						
氏名	年齢	続柄	TEL(自宅)	TEL(携帯)	同居	キーパーソンの方
① _____	()	_____	_____	_____	(あり なし)	<input type="checkbox"/>
② _____	()	_____	_____	_____	(あり なし)	<input type="checkbox"/>
③ _____	()	_____	_____	_____	(あり なし)	<input type="checkbox"/>
* 同居されている方に○をつけて下さい						
		配偶者	親(実父 実母 義父 義母)	子(男 人 女 人)		
		兄弟(兄 弟 姉 妹)		その他()の 人暮らし		
* かかられた医療機関受診の きっかけに✓してください			* 本日受診される主な症状と症状が始まった時期をご記入下さい			
<input type="checkbox"/> 検診・健康診断・人間ドック <input type="checkbox"/> 他の病気治療中に見つかった <input type="checkbox"/> 自覚症状あり受診した			症状: 始まった時期:(西暦 年 月 日頃) * かかられた医療機関ではどのような説明でしたか			

* 以下について該当する項目にチェックをつけ、内容をご記入下さい

1. アレルギーについて	医師の入力(薬剤) <input type="checkbox"/>
薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名:) (症状:)	
	医師の確認(薬剤以外) <input type="checkbox"/>
食物: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食物名:) (症状:) 造影剤: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名:) (症状:) 造影剤副作用カードを持っていますか: <input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている 皮膚が赤くなったり、かゆみがかたことがありますか ①アルコール消毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②ゴム製品 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (品名:) (症状:)	
2. これまでにかかった病気について	
<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> 膠原病 (関節リウマチ・SLE・強皮症) <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 (病名:) <input type="checkbox"/> ペースメーカーやICD(埋め込み型除細動器)を入れている * 手帳の提示をお願いします (記載 No.) <input type="checkbox"/> 埋め込み型ポート(いつ どこで どこに埋め込んでいるか) * 患者カードの提示をお願いします <input type="checkbox"/> 事故 (いつ どのような:) <input type="checkbox"/> 今までに手術をしたことがある (いつ どのような:) <input type="checkbox"/> その他 (病名:)	
3. これからの治療や検査において、輸血が必要となった場合に輸血を <input type="checkbox"/> 受ける <input type="checkbox"/> 受けない	
4. 最近体重に変化はありましたか (1年以内に) <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり	
<input type="checkbox"/> 増えた↑()カ月で()kg <input type="checkbox"/> 減った↓()カ月で()kg 身長・体重は、必要時測定しますので記入は不要 がんセンターでの測定値: 身長 _____ cm 体重: _____ kg	
5. 現在服用している薬がありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お薬手帳や薬剤情報提供書の提示をお願いします)	
6. 女性の方にのみお聞きします	
妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終月経: 月 日) 月経 初潮()歳 (<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順) <input type="checkbox"/> 閉経()歳 出産歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (第1子出産年齢()歳 妊娠した回数()回 出産した人数()人)	

7. 該当する項目にチェックをつけ、内容をご記入下さい

① 仕事 している していない

② 嗜好
 アルコールを飲みますか
飲む (1. 日本酒 2. 焼酎 3. ビール 4. その他()を 本・ml/日)
飲まない 過去に飲んでいた(~ 才頃まで)
 たばこを吸いますか
過去も現在も吸わない
過去に吸っていた(才頃まで 本/日) 現在も吸う(才頃から 本/日)

③ 食事
 食事回数()回/日 食欲 旺盛 普通 減退 (いつごろか:)
 好き嫌い なし あり () 硬さ 普通 軟食 粥 流動

④ 睡眠
 睡眠時間 (時~ 時) 良く眠れる 眠れない 薬を服用【薬品名: 】

⑤ 排泄
 排便回数(回/ 日) 最終排便 月 日
 状態 便秘 普通 下痢 その他() 薬を服用中【薬品名 】 人工肛門
 方法 自カトイレ 介助トイレ ポータブル 寝たまま おむつ
 排尿回数(回/1日) 夜間(21時~6時)の回数(回)
 排尿障害 なし あり (頻尿 困難 痛みあり) 自己導尿

⑥ 清潔
 歯磨き できる 介助がいる→方法() 入浴 できる 介助がいる→方法()
 義歯 なし あり (上 下 部分 取り外し可)
 着替え できる 介助がいる→方法() 洗髪 できる 介助がいる→方法()

⑦ 視力
近視 遠視(老眼も含む) 見えない(全盲もしくは何らかの病気)
眼鏡使用 コンタクト使用 その他()

⑧ 歩行 できる 杖使用 歩行器使用 車椅子使用 介助がいる→方法()

⑨ 聴力 聞こえる 聞こえにくい 聞こえない 補聴器使用 (右・左)

⑩ 生活環境
住居に階段があり、日常的に昇降が必要 住居周囲は坂道が多く何度も休みながら歩く
 その他:()

8. ご家族・血縁の方が罹られた病気(がん、がん以外)はありますか
なし あり

	がん 部位もしくは病名	がん以外 病名	その他自由記載欄
父	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
母	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
兄弟	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
子	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	

9. かかりつけ医をご記入下さい
 診療機関名() 担当医師()
 介護認定 なし あり 介護度: 要支援 I・II 要介護 1・2・3・4・5
 障害者認定 なし あり (身体 精神) 認定級(級)
 担当ケアマネージャー (事業所:) (氏名:) 連絡先()
 利用している介護サービス内容() 訪問看護等の利用 している していない

記載者氏名

最良のがん医療の提供が出来るように努めます。 ご協力をありがとうございました。 兵庫県立がんセンター