

# 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