

# 放射線治療室問診票

お名前： \_\_\_\_\_

ご記入日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

○いまある症状を教えてください。

例：咳がたまにです。

( \_\_\_\_\_ )

○主治医の先生から病名・病状や治療方針についてどのような説明を受けていますか？

例：肺がんに対して放射線と抗がん剤で治療をする。

( \_\_\_\_\_ )

○現在治療中の病気がありますか？

はい → 高血圧症、糖尿病、高脂血症、貧血、肺気腫、喘息、狭心症、心筋梗塞、脳梗塞、肝炎  
肝硬変、腎機能障害、胃十二指腸潰瘍、前立腺肥大症、緑内障、その他 ( \_\_\_\_\_ )

いいえ

○いままでに手術を受けたことがありますか？

はい → ( \_\_\_\_\_ )歳のときに ( \_\_\_\_\_ ) 例：小学生のころ盲腸  
( \_\_\_\_\_ )歳のときに ( \_\_\_\_\_ )

○膠原病(慢性関節リウマチ・全身性エリテマトーデス  
・強皮症等)と言われたことがありますか？

はい ・ いいえ

○間質性肺炎・肺線維症と言われたことがありますか？

はい ・ いいえ

○心臓ペースメーカーを装着していますか？

はい ・ いいえ

○いままでに放射線治療を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ

○女性の方へ：現在妊娠している可能性はありますか？

はい ・ いいえ

○お薬や食べものでアレルギーがでたことがありますか？

はい → ( \_\_\_\_\_ ) 例：抗生物質でじんま疹  
いいえ

○たばこをすいますか？

現在すっている → 1日( \_\_\_\_\_ )本、( \_\_\_\_\_ )歳から

過去にすっていた → 1日( \_\_\_\_\_ )本、( \_\_\_\_\_ )歳から ( \_\_\_\_\_ )歳で禁煙

すわない

○放射線治療に関して特に心配なこと、知りたいことがあれば教えてください。例：副作用、費用

( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。

国立国際医療研究センター病院放射線治療室