

# 腫瘍内科 問診票（初診の方）

年 月 日

診察を受けていただく際の参考にしますので、  
お手数ですが、差し障りのない範囲でご記入  
下さい。  
ご協力お願い致します。

身長：( )cm、体重：( )kg

一緒に来院された方( )

1 今の体調を教えてください。

いつごろから、どんな症状がありますか。どのように困っていますか。

2 普段、どの程度の活動ができますか。（一つ選んでください）

- 0. 全く問題なく活動できる
- 1. 軽作業や座って行う作業はできる
- 2. ほとんどベッド外で過ごし、自分の身の回りのことはできるが、作業するのはつらい
- 3. 日中の半分以上をベッドか椅子で過ごす。トイレには歩いていく。
- 4. 完全にベッドか椅子で過ごす

3 今おんでいる薬（市販薬も含め）やサプリメント・健康食品があれば、記入してください。  
(お薬手帳があれば、見せてください)

4 過去一か月の間に、以下の症状がありましたか。（複数選択可）

- なし
- 体重減少 だるさ 食欲不振 熱 寝汗 不眠 血痰 血便 血尿
- じんましん 手足のしびれ 頭痛 めまい 目の見えにくさ 鼻水・鼻づまり
- 口内炎 虫歯 入歯・差し歯の不具合 味覚の異常 のどの痛み
- リンパ節のはれ（首、脇、足の付け根） 息苦しさ たん せき
- 腹痛 吐き気・嘔吐 下痢 便秘 尿の出にくさ 腰痛 関節痛

5 病気について、また腫瘍内科の受診について、紹介元の医師からはどのような説明を受けていますか。

6 本日の診察で説明してほしいこと、知りたくない事、治療への希望などがあれば、ご自由にご記入ください。

質問は裏面にもあります

## 名前

## 病歴など

- ① 今までにかかったことのある病気やケガ、手術などをご記入ください。  
(喘息、糖尿病、高血圧、コレステロール、肝臓、腎心臓、肺、甲状腺の病気、血栓、出血傾向、肺炎など  
感染症、がんなど)

(　　)歳 (　　)

(　　)歳 (　　)

(　　)歳 (　　)

(　　)歳 (　　)

- ② 予防接種を受けていますか。

肺炎球菌:あり(　　歳)・なし

インフルエンザ:あり(今年・昨年　月)・なし

- ③ 歯科を最後に受診したのはいつですか。

ご記入ください。

(　　)年(　　)月ごろ・2年以上前・通院中

虫歯などの症状: あり・なし

- ④ 結核や筋膜炎にかかったり、結核の人と接觸したことありますか。

○をつけてください。

はい・いいえ

- ⑤ 乗り物酔いはありますか。

はい・いいえ

## アレルギー

- ① 薬や食べ物が原因でアレルギーや体の不調が起きた経験はありますか。

あり・なし

- ありの場合は症状をご記入ください。

原因　　症状

(　　)(　　)

(　　)(　　)

(　　)(　　)

## 家族歴

- ① 血縁のご病気について教えてください。

(例:父方祖母　肺がん、兄　脳梗塞など)

父:

母:

兄弟:

その他:

## 嗜好

- ① お酒は飲みますか、飲んでいましたか。  
当てはまるものに○をつけてお答えください。  
飲む・飲んでいた(～歳)・飲まない  
→ 飲む・飲んでいた場合

間隔は(毎日・週　回・付き合い程度)  
何をどのくらい  
(　　)

- ② タバコは吸いますか。○をつけてください  
当てはまるものに○をつけてお答えください。  
吸う・吸っていた(～歳)・吸わない  
→ 吸う・吸っていた場合 (　　)本/日

## 生活・通院

- ① 仕事は何をしていますか、していましたか。  
ご記入ください。

(例:○○の営業、○歳で退職。○歳～○○のパート、現在:

以前:

- ② 通院方法と時間を記入してください。  
(例:電車とバスで30分、最寄○○駅、○が付き添い)

- ③ 普段の食事の調理はどなたがされますか。  
○をしてください。

ご本人・ご家族(　　)・その他(　　)

- ④ 日常の買い物はどなたがされますか。○をしてください。  
ご本人・ご家族(　　)・その他(　　)

- ⑤ 処置(ストマ・胃ろう・腎ろうなど)はありますか。

あり・なし

- ありの場合は以下ご記入ください。

処置部位:(　　)

処置する方:ご本人・ご家族(　　)

- ⑥ 65歳以上の方のみお答えください。

介護保険について○をしてください。

あり・申請中・なし

- ありの場合

(要支援:1・2 要介護:1・2・3・4・5)

## 女性

下記について教えてください。

当てはまるものに○をしてください。

最終月経(　　)月(　　)日～、閉経(　　)歳

妊娠(　　)回、出産(　　)回

つわり:強かつた・強くなかった

## 家族構成

ご家族(親・子供・兄弟など)についてご記入ください。

続柄	年齢	同居	氏名
		有・無	

通院や治療方針などについて、主に協力してくれる方はどなたですか。

配偶者・親・子(続柄:　　)

その他(　　)

※ご不明な点は看護師にお声かけください。