

《質問票》 お名前： _____

放射線治療を受けるにあたり、不安も多いこととお察しします。安全で効果的な治療を行うために以下の質問に答えていただければ幸いです。治療の参考にさせていただきますので、ご記入または○で囲んでください。この情報は治療や看護上に必要なものであり、その目的と臨床研究以外には使用することはありません。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意 する / しない / 持っていない

1. 放射線治療を受けたことはありますか

 ない / ある (治療した体の場所： _____、治療を受けた病院： _____)

2. 手術を受けたことはありますか

 ない / がんの手術 / ペースメーカー留置 / その他 (病名： _____)

3. 以前にがんの治療をしたことはありますか

 ない / ある (病名： _____)

4. 下記の疾患と診断されたことはありますか。また、その他にかかった疾患があればご記載ください。

 ない / ある

 喘息、間質性肺炎、膠原病、潰瘍性大腸炎、クローン病、造影剤アレルギー (CT/MRI)

 糖尿病 (内服薬・インシュリン注射・リブレ) その他 (_____)

5. 現在服用しているお薬がありましたらご記載ください。

 抗凝固薬、抗がん剤、その他 (薬品名： _____)

おくすり手帳をお持ちの方は、用紙とあわせてご提出ください。内服状況を確認後、お返しいたします。

6. 日頃の活動状況について伺います。下記の0から4の中で最も近い番号を丸で囲ってください。

0：全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。

1：肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。

例：軽い家事、事務作業

2：歩行可能で自分の身の回りのことは全て可能だが作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。

3：限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。

4：全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

放射線治療機器の急な部品交換、地震や停電などで治療が遅れる可能性があります(1-2ヶ月に1度程度)。その際に当院から連絡を差し上げたいため、電話番号をお教えいただけるとありがたいです。

自宅から当院までの主な交通手段： _____ おおよその通院時間： _____

緊急連絡先:① _____ ② _____

(名前： _____ 続柄 _____) (名前： _____ 続柄 _____)

当院の放射線治療センターを受診されるきっかけを、下記の番号を丸で囲ってください(複数回答可です)。

1. 主治医からの紹介 2. 当院のホームページ 3. 本 (_____)

4. 友人・知人からの紹介 5. 市民公開講座 6. その他 (_____)