

放射線科を受診される方へ

放射線科より本人へ連絡を取れる電話番号

自宅電話：（ ）

携帯電話：（ ）

本人以外（家族等）で連絡可能な連絡先

名前 （ ）

続柄 （ ）

電話番号 （ ）

身長： cm 体重： Kg

1. 担当医師より、放射線治療についてどのように説明を聞いていますか

病 名：
治療方針：

2. 過去に放射線治療を受けたことが （ なし・ある ） がある方は記入願います

時期： 病名： 照射部位：

3. アレルギーについてお書きください。

薬 剤 ： なし ・ あり （ ）

造影剤アレルギー： なし ・ あり

食べ物 ： なし ・ あり （ ）

絆創膏やテープ等： なし ・ あり

4. 飲酒歴： なし ・ 時々あり（頻度： 量： ） 毎日あり（ ml/日）

過去にあり（ 歳から 歳： ml/日）

喫煙歴： なし ・ 現在もあり 過去にあり（ 歳から 歳： 本/日）

5. 職業： 無・有（職種： ）

就労形態： フルタイム ・ パート・他（ ）

就労時間： ～

6. 当院への通院方法（ 徒歩 ・ バス・ 電車 ・ 自家用車） 所要時間： 分

付き添い なし ・ あり （誰とですか ）

7. 放射線治療の希望時間はありますか （ ない ・ ある ： AM PM 時頃）

8. 身体に痛みなどで動きに制限があるかたは記入してください

痛み： なし ・ なし

→ありの場合 部位 痛みの程度（ 1 .2. 3. 4. 5. 6 .7. 8. 9. 10 ）

その他：

手が拳がらない 仰向けに寝ることができない 歩けない 咳が出る など

9. 既往歴

高血圧：無・有（ 歳） 喘息：無・有（ 歳） 糖尿病：無・有（ 歳）

金属を体に埋め込んでいる（ペースメーカー・人工関節・持続血糖測定器 など）

その他の病気：

10. 放射線治療についての心配がありましたら記入してください

(前立腺・子宮・大腸等の下腹部の治療を受けられる方)

11. 毎日の排泄についてお書きください

排尿：日中	回/日	(日中：時間毎、	夜間：回)
排尿障害 (	なし・あり	: 尿漏れ 頻尿 尿意切迫	他)
排便：	回/日	(性状：	柔らかめ・硬め・便秘)
下剤使用 (	なし・あり		)
痔核：	なし	あり	

12. 朝の習慣についてお書きください

起床時間：	時
朝食時間：	時
起床後の最初の排尿時間：	時
起床後から摂る水分の量：約	ml

ありがとうございました。

放射線科を受診される方へ
(胃・膵臓・肝臓の治療を受けられる方)

No2

11. 毎日の排泄についてお書きください

排便： _____ 回/日 (性状： 柔らかめ ・ 硬め ・ 便秘)
下剤使用 (なし・あり)
痔核： なし あり

12. 食事習慣についてお書きください

起床時間： _____ 時
朝食時間： _____ 時
昼食時間： _____ 時
夕食時間： _____ 時

本日受診までの、最終食事摂取時間： _____ 時

ありがとうございました。