

## がんゲノム外来 問診票（紹介用） 年 月 日

記入者に○をしてください。 本人 ・ 家族（続柄 ） ・ その他（続柄 ）

氏名	生年月日 西暦 年 月 日	年齢 才	性別 男性・女性
同居家族構成 □なし□あり（ ）	職業	結婚 □未婚 □既婚	※女性のみ 妊娠歴 □なし □あり

■該当する項目に○を付けてください。

現在、気になっている症状はありますか？（痛みや不眠など）

本日はどなたと来院されていますか？（ ）

ご本人が一番相談できる方はどなたですか？（ ）

血縁関係の方（父・母・きょうだい・子ども・祖父・祖母・おじ・おば・甥・姪・いとこ・その他）に次の病気の方はいますか？

①該当があれば○をして、（ ）内に続柄を書いてください。

- ・糖尿病（ ） ・ 高血圧（ ） ・ 心臓病（ ） ・ 腎臓病（ ）
- ・喘息（ ） ・ 結核（ ） ・ 肝臓病（ ） ・ 脳疾患（ ）

②がんの方がいらっしゃれば、以下に続柄、病名とかけた年齢を書いてください。

記載例：父方の祖母…胃がん、54歳

飲酒や喫煙はされますか？

飲酒歴：・なし ・あり（飲酒の種類と量：\_\_\_\_\_）

・禁酒している（\_\_\_\_\_頃から）

喫煙歴：・なし ・あり（\_\_\_\_\_歳～、1日\_\_\_\_\_本）

・禁煙している（喫煙前は\_\_\_\_\_歳～\_\_\_\_\_歳まで、1日\_\_\_\_\_本）

今回がんゲノム外来を受診するにあたり、医師からどのように話を聞かれていますか？

がんゲノム検査について気になることはありますか？

今までにかかったことがある病気の年齢と治療の内容(内服薬や手術、放射線治療など)を書いて下さい。

- ( ) 歳 (治療の内容: )  
 ( ) 歳 (治療の内容: )  
 ( ) 歳 (治療の内容: )  
 ( ) 歳 (治療の内容: )  
 ( ) 歳 (治療の内容: )  
 ( ) 歳 (治療の内容: )

現在、治療中の病気についてお答えください。

病名: \_\_\_\_\_

治療内容(内服薬や手術、放射線治療など)

:

現在、使用している薬(内服・外用・注射など)はありますか？

ない

ある 病名( \_\_\_\_\_ ) 病院名( \_\_\_\_\_ )  
 薬名( \_\_\_\_\_ )

※お薬手帳やお薬の説明書をお持ちであれば看護師へ渡してください

今までに内服薬や注射で副作用がありましたか？

ない

ある (風邪薬、抗生剤、造影剤、ピリン、金属、ゴム、その他 \_\_\_\_\_ )

その他、気になることがあればご記入ください。

※下記の測定項目(身長・体重・体温・血圧など)は看護師が記入します。

身長	体重	体温	脈拍	血圧	SpO2	呼吸数
cm	Kg	℃	回/分	mmhg	%	回/分