



放射線治療用 問診表

記入日 _____ 年 月 日

お名前 _____

生年月日 _____ 年 月 日

1. 以下の病気と言われたことがあれば、○をつけてください

膠原病（全身性エリテマトーデス、強皮症、その他_____）

間質性肺炎

放射線過敏性を有する遺伝性疾患（毛細血管拡張性運動失調症・ファンconi貧血、
基底細胞母斑症候群〈ゴーリン症候群〉・ナイミーヘン染色体不安定症候群・その他_____）

2. 過去に放射線治療を受けたことがありますか

ない ・ ある

3. 「ある」とお答えした方に伺います。過去に受けた放射線治療について、わかる範囲で記入してください

時期： _____ 年頃 病名： _____ 部位：頭・首・胸・腹・その他_____

時期： _____ 年頃 病名： _____ 部位：頭・首・胸・腹・その他_____

時期： _____ 年頃 病名： _____ 部位：頭・首・胸・腹・その他_____

4. 当院へ通院する際の交通手段と所要時間を教えてください

車（自分で運転 ・ 送迎） ・ 公共交通機関 ・ 自転車 ・ 徒歩

所要時間・・・ 約 _____ 時間 _____ 分

5. 連絡先（患者様ご本人と連絡の取りやすい順に電話番号の記入をお願いします）

① _____ 本人携帯 ・ 自宅 ・ その他（ _____ ）

② _____ 本人携帯 ・ 自宅 ・ その他（ _____ ）

ご協力ありがとうございました。