

がん専門薬剤師 薬剤師外来 問診票

年 月 日

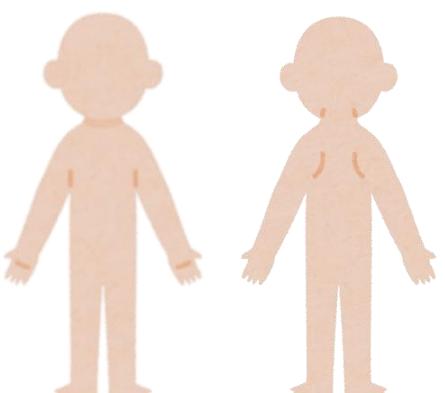
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日
氏名					(歳)
住所	〒				
電話番号 (携帯)	(緊急連絡先)				
フリガナ					
代理人氏名	続柄 ()				

病院 / 診療科 / 担当医師名	科 先生				
診断名 / 病期(ステージ)	<input type="checkbox"/> 診断が確定していない I · II · III · IV				
治療サイクル					
治療日	前回治療日(前回受診日) 年 月 日	次回治療予定日(次回受診予定日) 年 月 日			
身長 / 体重	cm	前回から kg の増減:			kg 増減

過去の治療歴・既往歴

1	これまでに手術、放射線治療、抗がん剤治療(点滴・内服)を受けたことがありますか？	はい いいえ	薬剤名: 実施時期: 副作用:
2	がん以外の持病はありますか？	はい いいえ	糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病 その他: 治療状況:
3	B型・C型肝炎やHIVなどの感染症を指摘されていますか？(治療方針に影響する可能性がある為)	はい いいえ	治療状況:

疼痛コントロール

4	痛みはありますか？	はい いいえ	レスキューの服用回数↓ 回/日
5	通常時に痛い時の強さはどのくらいですか？	痛みなし 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	最もひどい痛み
6	最も痛い時の強さはどのくらいですか？ またいつ痛いのかと部位を教えてください。 どのような時が痛いですか？	痛みなし 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	最もひどい痛み
 <p>痛みのある部位を右の図に示してください。</p>			

有害事象(副作用)の経過と重症度評価

	便秘はありましたか? (最も続いた時 日間)	はい いいえ	ない・まれに・時々・しばしば・いつも
7	便 最も多い便の形を教えてください。 便秘傾向 ← → 下痢傾向 ① かたくコロコロしている便 ② 短くコロコロ便がくついた便 ③ 表面がひびわれている便 ④ なめらかなバナナ状の便 ⑤ やわらかく半固形状の便 ⑥ どろどろしたかゆ状の便 ⑦ 水のような便		
8	吐き気や嘔吐はありましたか? (日間) 制吐剤(特に予期制)で困った点を教えてください。	はい いいえ	ない・まれに・時々・しばしば・いつも 困った点:
9	下痢はありましたか? (一日に最も多い時 回/日)	はい いいえ	ない・まれに・時々・しばしば・いつも 下痢止めでコントロール↓できた・そこそこ・できなかつた
10	口内炎の痛みで、食事が摂れない状態でしたか?(日間)	はい いいえ	ない・あまりない・少しある・ある
11	しびれが悪化していますか? (例:ボタンがかけられない)	はい いいえ	具体的な支障:
12	睡眠が満足ではない日はありましたか? (日/週)	はい いいえ	理由:
13	発疹・かゆみ・乾燥などの症状は悪化していますか?	はい いいえ	保湿剤の使用頻度↓ ない・まれに・時々・しばしば・いつも
14	今回のサイクルで、治療後だるさを感じましたか?(最もだるさが強かった日 日目)	はい いいえ	症状: 活動レベルへの影響↓ ない・あまりない・少しある・ある
15	上記以外の気になる症状はありますか? (発熱(38°C以上)・息切れ・むくみなど)	はい いいえ	症状:

服薬アドヒアラנסと併用薬の確認

16	前回から今回までの間で、病院で処方された薬、または市販薬・サプリメントを新しく始めましたか?	はい いいえ	開始日: 品名:
17	前回指導した吐き気止めや下痢止めなどの支持療法薬は、適切に使用できていますか? 効果はどうでしたか?	はい いいえ	使用できていない理由: 効果↓ ない・あまりない・少しある・ある

全身状態と治療への理解度

18	現在の体調は、がんになる前の体力と比べてどの程度ですか?(普段通り動ける・横になって過ごす時間が少しあるなど)	
19	今回始まる治療(レジメン)について、どのような効果と主な副作用があると聞いていますか?	効果: 副作用:
20	内服薬を決まった時間に飲むこと、服薬の管理はご自身でできますか?	自己管理・サポート有 サポート者名: 続柄:
21	現在の治療や薬について、最も不安に思っていることや、薬剤師に相談したいことを教えてください。	

ご協力いただきありがとうございました。

フリガナ 氏名	ヤマナカ ヤクコ 山中 薬子	男・女	生年月日 年齢	大昭平令 (66 歳)	34年 5月 6日
住所	〒850-0001 長崎市西山2-9-1				
電話番号	(携帯) 095-823-6397	(緊急連絡先) 080-5214-8915			
フリガナ 代理人氏名	ヤマナカ ヤクオ 山中 薬男	続柄(夫)			

病院 / 診療科 / 担当医師名	●▲病院	腫瘍内科	■■先生
診断名 / 病期(ステージ)	<input type="checkbox"/> 診断が確定していない ●■▲がん I · II · III · IV		
治療サイクル	サイクル(2)		
治療日	前回治療日(前回受診日) 2026年 1月 19日	次回治療予定日(次回受診予定日) 2026年 2月 16日	
身長 / 体重	150 cm	前回から の増減: 60 kg	増減 2 kg

過去の治療歴・既往歴

1	これまでに手術、放射線治療、抗がん剤治療(点滴・内服)を受けたことがありますか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	治療法: ●●● 実施時期: 2026年1月19日-2026年1月23日 副作用: ▲▲▲
2	がん以外の持病はありますか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病 その他: 治療状況: ●■病院へ通院
3	B型・C型肝炎やHIVなどの感染症を指摘されていますか？(治療方針に影響する可能性がある為)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	治療状況: エンテカビルを服用

疼痛コントロール

4	痛みはありますか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	レスキューの服用回数↓ 2 回/日
5	通常時に痛い時の強さはどのくらいですか？	痛みなし 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	最もひどい痛み
6	最も痛い時の強さはどのくらいですか？ またいつ痛いのかと部位を教えてください。 どのような時が痛いですか? 立ち上がる時、座る時 階段の上り下りの時 痛みのある部位を右の図に示してください。	痛みなし 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	最もひどい痛み

有害事象(副作用)の経過と重症度評価

	便秘はありましたか? (最も続いた時 5 日間)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	ない・まれに・時々・しばしば・いつも
7	最も多い便の形を教えてください。 便秘傾向 ← → 下痢傾向  1 かたくコロコロ便 2 短くて固い便がついた便 3 表面がひびわれている便 4 なめらかなバナナ状の便 5 やわらかく半固形状の便 6 どろどろしたかゆ状の便 7 水のような便	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	ない・まれに・時々・しばしば・いつも
8	吐き気や嘔吐はありましたか?(3日間) 制吐剤(特に予期制)で困った点を教えてください。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	ない・まれに・時々・しばしば・いつも 困った点: 眠気が強い
9	下痢はありましたか? (一日に最も多く2回/日)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	ない・まれに・時々・しばしば・いつも 下痢止めでコントロール↓ できた ・そこそこ・できなかった
10	口内炎の痛みで、食事が摂れない状態でしたか?(3日間)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	ない・あまりない・少しある・ある
11	しびれが悪化していますか? (例:ボタンがかけられない)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	具体的な支障: 夜にしびれがひどくなる ペンをうまく持てない
12	睡眠が満足ではない日はありましたか? (5日/週)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	理由: 夜にしびれがひどくなる 不安で眠れない
13	発疹・かゆみ・乾燥などの症状は悪化していますか?	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	保湿剤の使用頻度↓ ない・まれに・時々・しばしば・いつも
14	今回のサイクルで、治療後だるさを感じましたか?(最もだるさが強かった日 4日目)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	症状: だるい・眠気 活動レベルへの影響↓ ない・あまりない・少しある・ある
15	上記以外の気になる症状はありますか? (発熱(38℃以上)・息切れ・むくみなど)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	症状: むくみが気になる

服薬アドヒアランスと併用薬の確認

16	前回から今回までの間で、病院で処方された薬、または市販薬・サプリメントを新しく始めましたか?	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	開始日: 2026年1月27日 品名: ●▲■サプリメント
17	前回指導した吐き気止めや下痢止めなどの支持療法薬は、適切に使用できていますか?効果はどうでしたか?	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	使用できていない理由: 使用できている 効果↓ ない・あまりない・少しある・ある

全身状態と治療への理解度

18	現在の体調は、がんになる前の体力と比べてどの程度ですか?(普段通り動ける・横になって過ごす時間が少しあるなど)	以前と比べると横になると少し増えた	
19	今回始まる治療(レジメン)について、どのような効果と主な副作用があると聞いていますか?	効果: がん細胞の増殖を抑える 副作用: 吐き気・食欲低下	
20	内服薬を決まった時間に飲むこと、服薬の管理はご自身でできますか?	自己管理・ サポート有 サポート者名: 山中 薬男 続柄: 夫	
21	現在の治療や薬について、最も不安に思っていることや、薬剤師に相談したいことを教えてください。	副作用が生活に影響していることの不安。副作用の軽減について。	

ご協力いただきありがとうございました。