

② チェックシート

患者氏名

生年月日

年

月

日

性別

☐男、☐女

- 原疾患 ☐ 大腸がん ☐ 肺がん ☐ 胃がん ☐ 乳がん ☐ 前立腺がん
☐ その他()
- 全身状態 (PS) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 治療時の照射体位(仰向け)での安静保持時間
☐ 仰向け不可 ☐ 約5分なら可 ☐ 10分以上でも可
- 過去の照射歴 ☐ なし ☐ あり (時期: 部位:) ☐ 不明
- 疼痛部位の程度、鎮痛剤の使用状況 (レスキュー薬の有無)
☐ なし ☐ あり (薬剤名)
- 最近の画像検査の有無 (数ヶ月前のCTでも可); ☐ なし ☐ あり
- 画像検査があれば病変と疼痛の部位の関連 (責任病巣) ()
- 外来通院の可否 (1回～数回); (☐ 可、☐ 不可)、あるいは入院の要否; (☐ 可 ☐ 不可)
- 外来来院方法 (☐ 自分で ☐ 家族の送迎 ☐ 病院の送迎)
- 当日照射 (即日照射) の場合、数時間の待機が可能かどうか? (☐ 可 ☐ 不可)

疼痛部位

