

光線治療をうけている方へ

I D

お名前 _____

1. 前回照射後にみられたことがあれば○をつけてください。

() 弱い赤み、ピンク色

() 強い赤み

() ヒリヒリなどの痛み

() その他 [_____]

2. 症状について何か変わりがあれば記入してください。

{ _____ }

() 変わりなし

3. 処方をご希望の方は記入してください。

① ぬり薬

() 前回と同じ { _____ }

② 飲み薬

() 前回と同じ { _____ }

☆ 診察をご希望の方はスタッフまで声をかけてください。

《 看護師記入欄 》

• 前々回の光線量 () J

• 前回の光線量 () J

• 本日の光線量 () 回目 () J

0. 1 増量 同量 0. 1 減量

() J