

光線治療をうけている方へ

ID :

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