

問診票 1 枚目

ご記入日: 年 月 日

ふりがな 患者様氏名		男・女	生年月日 西暦 年 月 日	才
住 所	〒		TEL	
			FAX	
病 名 ステージなど				
治療経緯  年月日、医療機関名、治療内容など ご記入ください	(例:2013年3月1日○病院にて、胃カメラで、胃がんと診断。 3月15日△病院で胃全摘手術を受けた)			
抗がん剤治療 無・有	投薬期間、薬剤名、投薬パターン			
放射線治療 無・有	照射期間、種類、線量、照射場所			
転移の有無 無・有	例) 肝臓に1cmのものが2つ			
検査結果  右に記載いただく、 もしくは、 検査結果のコピー を送付またはご持 参ください	検査月日 _____ 直近の検査結果をお願いします WBC(白血球) _____ RBC(赤血球) _____ Hb(ヘモグロビン) _____ Ht(ヘマトクリット) _____ Plt(血小板) _____ HBs 抗原: 陽性・陰性・不明 HCV 抗体: 陽性・陰性・不明 (○印で囲んでください) 腫瘍マーカー(時系列にて)			

問診票 2 枚目

お名前:

現在の病気以外で、大きな病気にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 年頃 ( ) 年頃
現在の病気以外で、手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 年頃 ( ) 年頃
今までに輸血を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 年頃 ( ) 年頃
抗がん剤以外で、 現在服用中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 年 月頃から ( ) 年 月頃から
薬で気分が悪くなったり、薬疹が出たことはありますか？ また、服用を禁止されている薬はありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬の名前 ( ) 薬の名前 ( )
抗生物質に対するアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬の名前 ( )
アルコール消毒で、かぶれたことはありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食べ物のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ( ) ( )
血圧が高いといわれたことがありますか？	はい  いいえ
心臓が悪いといわれたことがありますか？	はい  いいえ
出血しやすいといわれたことがありますか？	はい  いいえ
血管が細いといわれたことがありますか？	はい  いいえ
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 現在喫煙中 <input type="checkbox"/> ( ) 年前) 禁煙した
食事摂取	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量なら可能 <input type="checkbox"/> 水分のみ <input type="checkbox"/> 水分も入らない
生活	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
その他治療に関して気にかかることを記入して下さい。	

※ 問診票に書ききれない場合は別紙ご用意の上、FAXをお願いします。

※ 個人情報につきましては、個人情報保護法に則り、厳重を期しております。