

フリガナ
1. 氏名： _____ 性別： 男性 ・ 女性

現在の身長： _____ cm 体重： _____ kg

2. 生年月日
大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳

3. 住所
〒 _____

4. 電話番号
_____ (自宅・携帯電話)
_____ (自宅・携帯電話)

5. ご家族や来院時の同伴者、緊急時連絡先についてお知らせください。(緊急時連絡の優先順に記入してください)

(フリガナ) お名前	続柄	年齢	連絡先電話番号	本日来院の有無	同居の有無	当クリニックの治療を受け るもしくはご検討されてい ることをご存知ですか？

6. 職業 (退職後、休職中の場合もご記入ください)

7. 病名 (がん種)

(転移)

8. これまでの治療歴

現在治療中の病院 病院名 _____ 科 _____ 先生 _____

予後告知 (無 ・ 有)

病気の発見はいつですか? _____ 年 _____ 月 _____ 日

判明までの経緯: _____

その後、どのような治療をお受けになりましたか? (該当する項目に☑を付けてください)

- 手術
- 放射線治療
- 抗がん剤
- その他の治療 (_____)

※0内看護師記入欄

9. その他の病気について (該当する項目に○印を付けてください)

- ・特に病気はしたことがない
- ・生活習慣病: 糖尿病、高コレステロール、高中性脂肪、その他 _____
- ・心臓の病気: 不整脈、狭心症、心筋梗塞、その他 _____
- ・血管や血液の病気: 高血圧、動脈硬化、貧血、白血病、その他 _____
- ・脳の病気: 脳出血、脳梗塞、てんかん、けいれん、その他 _____
- ・肺の病気: ぜんそく、気胸、肺結核、肺気腫、その他 _____
- ・消化管の病気: 胃炎、胃・十二指腸潰瘍、その他 _____
- ・肝臓や腎臓の病気: B型肝炎、C型肝炎、肝硬変、腎炎、腎不全、その他 _____
- ・心や神経の病気: 不眠症、神経症、うつ病、その他 _____
- ・ホルモンの病気: 甲状腺の病気、更年期障害、その他 _____
- ・婦人疾患: 子宮内膜症、子宮筋腫、乳腺の病気、その他 _____
- ・目の病気: 緑内障、白内障、網膜剥離、その他 _____
- ・骨の病気: 椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症、その他 _____
- ・免疫の病気: リウマチ、膠原病、アレルギー、免疫不全、その他 _____
- ・その他の病気 _____

10. 現在内服中の薬について

- ・血液をさらさらにする薬を飲んでますか? (はい ・ いいえ)
- ・ステロイド剤の薬を飲んでますか? (はい ・ いいえ)
- ・免疫抑制剤を飲んでますか? (はい ・ いいえ)
- ・痛み止めの薬を飲んでますか? (はい ・ いいえ)
- ・その他に飲んでいる薬 (_____)

11. 受診のきっかけ（該当する項目に☑を付けてください）

- 友人知人家族の勧め
- 友人知人家族のご紹介（ ）様
- 医師の紹介（ ）病院（ ）科（ ）先生
- インターネット
- 新聞・雑誌・テレビなど（ ）
- 説明会参加 月 日 ご本人・ご家族・その他（ ）

12. 受診の動機（該当する項目に☑を付けてください）

- 免疫療法を行いたい
- 免疫療法についての説明を聞きたい
- セカンドオピニオンとして
- その他（ ）

13. 治療方法の希望（該当する項目に☑を付けてください）

- 樹状細胞ワクチン療法
- NK 細胞療法
- 活性化 T リンパ球療法
- 医師に相談したい
- その他（ ）

14. 現在食欲はありますか？

（はい・いいえ）

15. 飲酒について（該当する項目に☑を付けてください）

- 全く飲まない
- 以前は飲んでいて（ ）年前に辞めた
- 付き合いで飲む程度（量 ）
- 飲んでいる（量 ）

16. 喫煙について（該当する項目に☑を付けてください）

- しない
- 以前は吸っていた（ ）年前に辞めた
- 吸っている（1日 本）

17. 健康診断について（該当する項目に☑を付けてください）

- 定期的に受けている（最後の健康診断はいつですか？ ）
- 検査を受けたことがある（CT ・ MRI ・ PET）
- 受けていない

18. 主治医への連絡・書面の送付について（該当する項目に☑を付けてください）

- 行なっても良い
- 行わないでほしい
- 確認中

ご記入ありがとうございました。治療相談の際にお持ち頂きますよう、お願い致します。