

# 初診申込書・問診表

記入日： 年 月 日

No.1

記入者： 様（続柄： ）

ふりがな				<input type="checkbox"/> 医師の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介（ ） <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他（ ）	
氏名	様				
性別	男・女	生年月日	西暦	年	月 日（歳）
住所	〒		職業		
電話番号	—	—	携帯番号	—	—
FAX番号	—	—	メールアドレス		
身長	cm		体重	kg	
病名					
病理	腺癌 扁平上皮癌 小細胞癌 浸潤型 低分化型 高分化型 （その他）				
病期	ステージ I・II・III・IV				
これまでの経過（診断～現在に至るまで）					
診断を受けた日（告知日） 年 月 日					
＜治療方法＞ 以下該当するものに○印、詳細を記入してください。					
<input type="checkbox"/> 手術療法 無・有					
術式（ ）日付（ / / ）病院名：					
術式（ ）日付（ / / ）病院名：					
<input type="checkbox"/> 化学療法 無・有 病院名：					
薬剤名（ ）期間（ / / ～ / / ）					
薬剤名（ ）期間（ / / ～ / / ）					
薬剤名（ ）期間（ / / ～ / / ）					
<input type="checkbox"/> 放射線療法 無・有 病院名：					
照射部位：					
線量： Gy(グレイ)/回数 回					
期間（ / / ～ / / ）					
<input type="checkbox"/> ホルモン療法 無・有 薬剤名：					
<input type="checkbox"/> 免疫療法 無・有 （ ）					
<input type="checkbox"/> ハスミワクチン 無・有 一般ワクチン・自家ワクチン・その他（ ）					
かかりつけ病院名：			主治医：		先生

裏面もございます

No.2 以下該当するものに○印、詳細を記入して下さい。

既往歴	・心疾患	無	・	有	心筋梗塞	・	狭心症	・	心不全	・	その他		
	・脳疾患	無	・	有	脳梗塞	・	脳出血	・	くも膜下出血	・	その他		
	・腎疾患	無	・	有	腎炎	・	腎不全	・	その他				
	・感染症	無	・	有	B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒・その他								
	・精神疾患	無	・	有	うつ病・総合失調症・その他								
	・糖尿病	無	・	有	・高血圧			無	・	有			
	・ぜん息	無	・	有									
	・人工肛門（ストマ）	無	・	有	・人工膀胱（ウロストミー）			無	・	有			
	・体内金属（磁石付き入れ歯を含む）								無	・	有		
	・ペースメーカー、除細動器								無	・	有		
・皮下埋め込み型カテーテル（ポート）								無	・	有			
処方薬	・抗凝固剤、抗血小板薬	無		・	有	薬剤名：							
	・糖尿病剤	無	・	有	内服薬剤名：		インスリン薬剤名：						
	・降圧剤	無		・	有	薬剤名：							
	・向精神剤	無		・	有	薬剤名：							
	・鎮痛剤	無		・	有	薬剤名：							
	・漢方	無		・	有	薬剤名：							
	・サプリメント	無		・	有	薬剤名：							
	・下剤	無		・	有	薬剤名：							
・その他	無		・	有	薬剤名：								
アレルギー	・薬剤	無		・	有	薬剤名：							
	・造影剤	無		・	有	薬剤名：							
	・アルコール綿	無	・	有	・食べ物		無	・	有	（ ）			
	・その他	無		・	有	（ ）							
嗜好	・タバコ	無		・	有	本/日		年間					
	・アルコール	無		・	有	種類：	週：	回	量/回				
その他	・痛み	無		・	有	部位：							
	・自覚症状	無		・	有	（ だるさ・食欲不振・吐き気・その他 ）							
	・閉所恐怖症	無		・	有	・刺青、アートメイク			無	・	有		
	・移動手段	（ 自立・杖・車椅子・ストレッチャー・その他 ）											
	<緊急連絡先>	①					様（続柄： ）					家族構成：	
連絡先	-	-										ご本人様	
<緊急連絡先>	②					様（続柄： ）							
連絡先	-	-											