

問診票（1）

Medical Questionnaire - 1 of 2

※（1）（2）両方へのご記入をお願いします

記入日： 年 月 日

記入者： 様（続柄： ）

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
住 所	〒 —	職 業	
ご自宅の電話番号		携帯電話	
メールアドレス	@	FAX番号(あれば)	
ご紹介の場合（ご紹介者名またはご紹介クリニックの名称）：			
身長	cm	体重	kg
病名			
病期	ステージ I ・ II ・ III ・ IV		
転移の有無	無 ・ 有 （有 の場合は転移場所： ）		
病理	腺癌 扁平上皮癌 小細胞癌 浸潤型 低分化型 高分化型 不明 (その他)		
腫瘍 (病巣について)	ご存じでしたら、腫瘍の数と大きさについてご記入ください 腫瘍の 数： () 個 腫瘍の 大きさ： ()		
これまでの経過をお願いします（診断から現在までの治療歴など）			
■ 診断を受けた日（告知日） 年 月 日			
■ 治療の履歴			
a. 手術療法 有 ・ 無 (有りの場合は、治療履歴にご記入ください)			
b. 化学療法 有 ・ 無 (有りの場合は、治療履歴にご記入ください)			
c. 放射線療法 有 ・ 無 (有りの場合は、治療履歴にご記入ください)			
【重要】患者様ご準備の「治療履歴」（別紙）、または主治医記載の「診療情報提供書」をご提出ください。 (治療履歴をご用意いただけましたら主治医記載の「診療情報提供書」は必須ではありません。)			
※ 欄が足りない場合は別紙をご用意ください。様式を問いません。主治医作成の診療情報提供書もご提出いただけます。			
かかりつけ病院名：			
主治医名： 先生			

問診票 (2)

Medical Questionnaire - 2 of 2

※ (1) (2) 両方へのご記入をお願いします

記入日： 年 月 日

※ 該当するものに○印のうえ、必要に応じ具体的に記入して下さい。

既往歴	・心疾患	なし	・	あり	⇒	心筋梗塞	・	狭心症	・	心不全	・	その他		
	・脳疾患	なし	・	あり	⇒	脳梗塞	・	脳出血	・	くも膜下出血	・	その他		
	・腎疾患	なし	・	あり	⇒	腎炎	・	腎不全	・	その他				
	・感染症	なし	・	あり	⇒	B型肝炎	・	C型肝炎	・	HIV	・	梅毒	・	その他
	・精神疾患	なし	・	あり	⇒	うつ病	・	総合失調症	・	その他				
	・糖尿病	なし	・	あり			・高血圧	なし	・	あり				
	・ぜん息	なし	・	あり										
	・装着物 (1)	なし	・	あり	⇒	人工肛門	・	人工膀胱	・	体内金属 (磁石付き入れ歯を含む)				
	・装着物 (2)	なし	・	あり	⇒	ペースメーカー、除細動器	・	皮下埋め込み型カテーテル (ポート)						
	※ ご家族がん既往歴 (1 親等以内のがん家族歴を記入ください)													
父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ・ 子			腫瘍名称：											
処方薬	・抗凝固剤、抗血小板薬	なし	・	あり	⇒	薬剤名：								
	・糖尿病剤	なし	・	あり	⇒	内服薬剤名：	インスリン薬剤名：							
	・降圧剤	なし	・	あり	⇒	薬剤名：								
	・向精神剤	なし	・	あり	⇒	薬剤名：								
	・鎮痛剤	なし	・	あり	⇒	薬剤名：								
	・漢方	なし	・	あり	⇒	薬剤名：								
	・サプリメント	なし	・	あり	⇒	サプリメント名：								
	・下剤	なし	・	あり	⇒	薬剤名：								
	・その他	なし	・	あり	⇒	薬剤名：								
アレルギー	・薬剤	なし	・	あり	⇒	薬剤名：								
	・造影剤	なし	・	あり	⇒	薬剤名：								
	・アルコール綿	なし	・	あり	⇒	・食べ物	なし	・	あり	⇒	()			
	・その他	なし	・	あり	⇒	()								
その他	・痛み	なし	・	あり	⇒	部位：								
	・自覚症状	なし	・	あり	⇒	(だるさ ・ 食欲不振 ・ 吐き気 ・ その他)								
	・閉所恐怖症	なし	・	あり										
	・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お名前：	(続柄：)												
	連絡先電話番号：													
②お名前：	(続柄：)													
連絡先電話番号：														