

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)	
<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 ()			
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 (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(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。			
・手術療法	無 ・ 有		
術式()	日付(/ /) 病院名:		
術式()	日付(/ /) 病院名:		
・化学療法	無 ・ 有 病院名:		
薬剤名()	期間(/ / ~ / /)		
薬剤名()	期間(/ / ~ / /)		
薬剤名()	期間(/ / ~ / /)		
・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(/ / ~ / /)		
・ホルモン療法	無 ・ 有 薬剤名:		
・免疫療法	無 ・ 有 ()		
・ハスミワクチン	無 ・ 有 一般ワクチン・自家ワクチン・その他()		
※ 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: 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：														