

FAX : _____

面談シート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 (診断名)			
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:	
	現在(今後)の投薬パターン:		
放射線治療 無・有	放射線量:	照射期間:	
転移の有無 無・有	転移がある場合は具体的にご記入下さい。 (例 肝臓に1cmのものが2つ)		
最近の検査結果 (直近のデータで お願いします。) わからない場合は、 そのままコピーを 送付またはご持参 ください。	検査月日 _____	腫瘍マーカーなど (例CEA、CA19-9)	
	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 (○印で囲んでください)		
	HCV 抗体 陽性・陰性・不明 (○印で囲んでください)		

FAX:

面談シート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。	

※ 面談当日は、検査結果など治療に関するデータをご持参ください。

※ 面談シート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。