

面談シート(1枚目)

面談の際に重要ですので、出来るだけご記入ください

ご記入日: 年 月 日			
ふりがな お名前	男・女	生年月日 西暦	年 月 日 才
ご住所	〒		TEL - -
			携帯電話
			緊急連絡先(ご家族)

病名 (診断名)	#(診断名)  (診断日) 年 月 日 (ステージ) I II III IV
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:#胃癌 診断日 2013年8月1日 ステージIIA ○○大学付属病院)  年 月 日 頃 (検診で異常指摘、自覚症状_____が出現) 紹介され、 _____病院受診 がんの大きさ  ▶手術 ① 年 月 日 ② 年 月 日  ▶抗がん剤                      ▶放射線治療 ▶転移
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: 1コース(クール)が 2週間 3週間 4週間
放射線治療  無・有	放射線量:                      照射期間:
転移の有無  無・有	転移について(個数、大きさなど) ①リンパ節転移                      ②肝転移  ③骨転移                      ④脳転移                      ⑤腹膜播種
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 年 月 日 (検査コピーでも可) WBC(白血球) _____ RBC(赤血球) 万 Hb(ヘモグロビン) Ht(ヘマトクリット) % Plt(血小板) _____万 腫瘍マーカー: AFP, CEA, CA19-9, CA125, CA15-3, DUPAN-2, SCC, PSA, その他( ) _____ (例 PSA 12.5)

## 面談シート(2枚目)

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
◎今のお気持ち (①直ぐ計画してほしい ②お話を聞いてから ③まず免疫治療について知りたい)	
◎ご家族のご理解 ( ①ある ②ない ③どちらとも言えない )	
◎ご希望	

※ 面談当日は、①検査結果のコピー②CD-ROM③薬手帳④サプリメントなど  
治療に関するすべてのものをご持参ください！

※ 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。

松本クリニック銀座