

問 診 票

ご来院日	年 月 日 (曜日)								
患者様氏名	フリガナ								
病名(原発)			Stage (ステージ) わかる場合のみご記入ください。						
転移									
治療歴	<p>・現在治療中の病院 病院名 _____ 診療科 _____ 主治医 _____ 先生</p> <p>・主治医の先生は、免疫療法の治療を希望されていることをご存知ですか。 <input type="checkbox"/> 了承済み <input type="checkbox"/> まだ話していない</p> <p>・主治医へ治療上必要となる医学的な問い合わせについて <input type="checkbox"/> 行って良い <input type="checkbox"/> 拒否する <input type="checkbox"/> 確認中</p> <p>・がんの確定診断があったのはいつ頃ですか 年 月 日</p> <p>・下記、治療等を受けられたことはありますか。 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ホルモン療法</p> <p>・現在、抗がん剤治療をしていますか。 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している 薬剤名: _____ 治療スケジュール: 投 休</p> <p>・免疫チェックポイント阻害剤(オプジーボ、ヤーボイなど)の治療を受けたことはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 投与開始日 年 月</p> <p>・主治医より、病状説明についてどのような内容でお受けになっていますか。 (治療方針・進行度・予後などについてお書き下さい。)</p>								
既往歴	<p>※必ずどちらかに○をつけて下さい。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 糖尿病(無・有) <input type="checkbox"/> 心臓病(無・有) <input type="checkbox"/> 高血圧(無・有) <input type="checkbox"/> 脳梗塞、麻痺(無・有) <input type="checkbox"/> ペニシリンアレルギー(無・有) <input type="checkbox"/> その他アレルギー(無・有) <input type="checkbox"/> ペースメーカー(無・有) </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> B型・C型肝炎(無・有) <input type="checkbox"/> その他感染症(無・有) </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> その他 (既往歴などあればお書きください。) </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 糖尿病(無・有) <input type="checkbox"/> 心臓病(無・有) <input type="checkbox"/> 高血圧(無・有) <input type="checkbox"/> 脳梗塞、麻痺(無・有) <input type="checkbox"/> ペニシリンアレルギー(無・有) <input type="checkbox"/> その他アレルギー(無・有) <input type="checkbox"/> ペースメーカー(無・有)	<input type="checkbox"/> B型・C型肝炎(無・有) <input type="checkbox"/> その他感染症(無・有)	その他 (既往歴などあればお書きください。)			
<input type="checkbox"/> 糖尿病(無・有) <input type="checkbox"/> 心臓病(無・有) <input type="checkbox"/> 高血圧(無・有) <input type="checkbox"/> 脳梗塞、麻痺(無・有) <input type="checkbox"/> ペニシリンアレルギー(無・有) <input type="checkbox"/> その他アレルギー(無・有) <input type="checkbox"/> ペースメーカー(無・有)	<input type="checkbox"/> B型・C型肝炎(無・有) <input type="checkbox"/> その他感染症(無・有)								
その他 (既往歴などあればお書きください。)									
※ staff記入欄 紹介状(有・無) 返信(/) 1回目(/) 7回目(/) 紹介元									

問 診 票

現在内服中の薬	※お薬手帳がありましたら、ご提示ください。	
	① 血液をさらさらにする薬を飲んでますか。	はい ・ いいえ
	② 糖尿病で、内服、または、注射をしていますか。	はい ・ いいえ
	③ 痛み止めのお薬は使用(内服・貼り薬)してますか。	はい ・ いいえ
	④ ステロイド(副腎皮質ホルモン)の内服をしていますか。	はい ・ いいえ
	⑤ 利尿剤を飲んでますか。	はい ・ いいえ
	⑥ その他に服用されているお薬はありますか。	はい ・ いいえ

喫煙について	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前は吸っていた/()年前に辞めた <input type="checkbox"/> 吸っている(1日 本)
--------	--

飲酒について	<input type="checkbox"/> まったく飲まない <input type="checkbox"/> 以前は飲んでいて()年前に辞めた
	<input type="checkbox"/> 付き合い程度で飲む(量) <input type="checkbox"/> 飲んでいる(1日量)

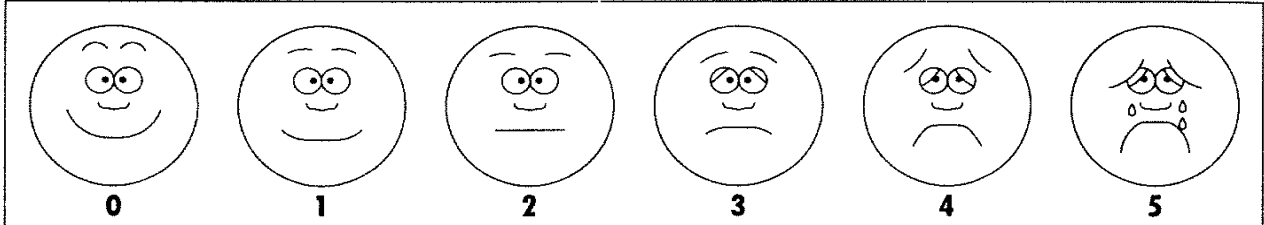
食欲・体重について	※必ずどれかに○をつけて下さい。			
	① 食欲の変化はありましたか。	・変わらない	・少し減った	・だいぶ減少した
	② 体重の変化はありましたか。	・いいえ	・ヶ月で	kgほど減った
	③ 現在の身長	cm	体重	kg

現在、息苦しさはありますか。当てはまる項目に○をつけて下さい。

1. 息苦しくない

2. 息苦しい ・酸素が必要 0 使用している
 ・酸素は必要ではない

現在、痛みの状態に相当する顔の番号に○をつけてください。



0 1 2 3 4 5

フェイス0 : 痛みが全くなく、とても幸せである。
 フェイス1 : ちょっとだけ痛い。
 フェイス2 : 軽度の痛みがあり、少し辛い。
 フェイス3 : 中等度の痛みがあり、辛い。
 フェイス4 : かなりの痛みがあり、とても辛い。
 フェイス5 : 耐えられないほどの強い痛みがある

患者様が該当するお体の状態(グレード)に○をつけてください。

お体の状態	パフォーマンスステータス
0	無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等に行動ができる。
1	軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や作業はできる。たとえば軽い家事、事務など。
2	歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助が必要な事もある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している。
3	身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床している。
4	身の回りのこともできず、常に介助が必要で、終日就床を必要としている。

問 診 票

家族構成に関してお教えてください。※同居者・パートナー含む

家族構成 現在の親・兄弟・お子様についてご記入ください。	氏名	年齢	続柄	同居・別居	備考	電話・携帯番号
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		

キーパーソン	氏名	続柄	身近な世話人	氏名	続柄
--------	----	----	--------	----	----

※ キーパーソンとは、患者本人が意思決定に困った際に意思決定をしてもらったり、病状把握してもらおう方を指します。

緊急連絡先 ①	フリガナ:	連絡先
	氏名:	①
	続柄:	②
緊急連絡先 ②	フリガナ:	連絡先
	氏名:	①
	続柄:	②

免疫治療について、知りたいと思う内容に○を付けて下さい。(複数可)

- 1.治療の内容(樹状細胞 ・ 活性化リンパ球 ・ ナチュラルキラー) 2.治療の流れ
 3.治療効果 4.費用 5.副作用 6.症例・実績 7.学術的な内容(論文、学会発表など)
 8.その他の質問、または、上記○をした詳細を下記にご記入いただければ、医師よりお話をさせていただきます

具体的な質問事項

①

②

③

④

⑤