

問 診 票

	※お薬手帳がありましたら、ご提示ください。	
現在内服中の薬	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)
--------	--

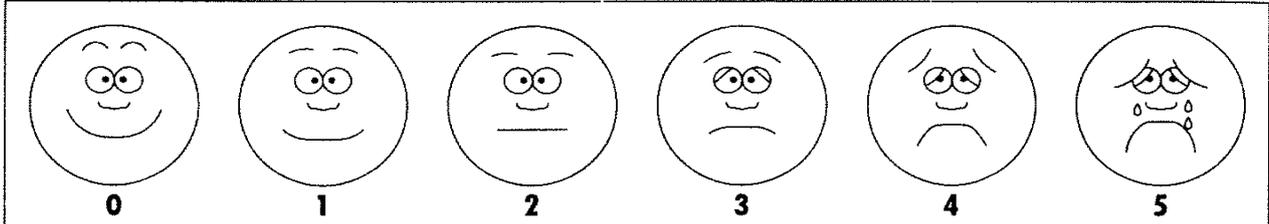
	※必ずどれかに○をつけて下さい。			
食欲・体重について	① 食欲の変化はありましたか。	・変わらない	・少し減った	・だいぶ減少した
	② 体重の変化はありましたか。	・いいえ	・ヶ月で	kgほど減った
	③ 現在の身長	cm	体重	kg

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