

フリカナ

7. 職業（退職後、休職中の場合もご記入ください。）

1、糖尿病 2、不整脈 3、高血圧 4、動脈硬化 5、白血病 6、脳出血 7、脳梗塞
8、喘息 9、肺結核 10、肺気腫 11、B型肝炎・C型肝炎 12、腎不全 13、膠原病
14、リウマチ 15、その他

13. 現在の症状

痛みの有無について（ 有 ・ 無 ）、また程度についてご記入下さい。

14. 現在内服中の薬について（該当する項目に○印を付けてください）

- ・ ステロイド剤の薬を飲んでいますか？ （ はい ・ いいえ ）
- ・ 免疫抑制剤を飲んでいますか？ （ はい ・ いいえ ）
- ・ 痛み止めの薬を飲んでいますか？ （ はい ・ いいえ ）
- ・ その他に飲んでいる薬（ ）

15. 飲酒について（該当する項目に☑を付けてください）

- ☐ 飲まない
- ☐ 以前は飲んでいたが、（ ）年前に辞めた
- ☐ 飲んでいる（量： ）

16. 喫煙について（該当する項目に☑を付けてください）

- ☐ 吸わない
- ☐ 以前は吸っていたが、（ ）年前に辞めた
- ☐ 吸っている（1日 本）

17. 受診の動機（該当する項目に☑を付けてください）

- ☐ 免疫療法を行いたい
- ☐ 免疫療法についての説明を聞きたい
- ☐ その他（ ）

18. 治療方法の希望（該当する項目に☑を付けてください）

- ☐ 医師に相談したい
- ☐ 樹状細胞ワクチン療法
- ☐ NK 細胞療法
- ☐ 活性化Tリンパ球療法
- ☐ その他（ ）

19. 受診のきっかけ（該当する項目に☑を付けてください）

- ☐ 友人・知人・家族の勧め、ご紹介（ ）様
- ☐ 医師の紹介（ ）病院（ ）科（ ）先生
- ☐ インターネット
- ☐ 新聞・雑誌・テレビなど（ ）
- ☐ 説明会参加 月 日 ご本人・ご家族・その他（ ）

ご記入ありがとうございました。治療相談の際にお持ち頂きますよう、お願い致します。