

問診票

フリガナ
1. 氏名： _____ 性別： 男性 ・ 女性

2. 身長 _____ cm 体重 _____ kg

3. 生年月日

大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳

4. 住所

〒 _____

5. 電話番号

_____ (自宅・携帯電話)

_____ (自宅・携帯電話)

6. ご家族や来院時の同伴者、緊急時連絡先についてお知らせください。
(緊急時連絡の優先順に記入してください)

(フリガナ) お名前	続 柄	年 齢	連絡先電話番号	本日、 来院の 有無	同居 の 有無	当クリニックの治療を 受けるもしくはご検討 されていることをご存 知ですか？

7. 職業 (退職後、休職中の場合もご記入ください。)



8. 病名 (がん種)

(転移)

9. 主治医

病院 _____ 科 _____ 先生 _____

10. 病気が分かったきっかけ、経緯についてご記入ください。

11. 治療歴

治療期間 (年月)	内容 (手術・抗癌剤名・放射線・他)

11. 他の病院で オプジーボ (ニボルマブ)、キイトルーダ (ペムブロリズマブ) という薬剤を使用したことがありますか。(該当するものに○印を付けてください)

◆ いいえ

◆ はい ①オプジーボ ②キイトルーダ

使用期間 _____ 年 月 ~ _____ 年 月 (_____ 回)

どちらの病院ですか _____

その時副作用はありましたか _____

◆ 今後使用する可能性について、主治医から説明を受けている

12. その他の病気について (該当する項目に○印を付けてください)

- 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。