

来院日： 年 月 日

問診票（カルテID: ）

1. 氏名: カガナ 性別: 男性 ・ 女性

2. 身長 _____ cm 体重 _____ kg

3. 生年月日

昭和・平成 年 月 日 () 歳

4. 住所

$$\frac{\partial}{\partial t} \left(\frac{\partial \mathcal{L}}{\partial \dot{\mathbf{q}}} \right) - \frac{\partial \mathcal{L}}{\partial \mathbf{q}} = 0$$

5. 連絡先

☎ (携帯・自宅・その他)

☎ (携帯・自宅・その他)

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、連絡する際の優先順に必ず2名以上をご記ください)

(フリガナ) 氏名	続柄	年齢	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. 診断までの経緯と治療の経過について具体的に（時期と内容）ご記入ください（必須）

※診断までに受診した病院名全てと受診時期、放射線の照射部位と回数、抗がん剤の薬剤名・投与期間など

11.他の病院で 免疫チェックポイント阻害薬という薬剤を使用したことがありますか

◆ いいえ （下記の表参照）

◆ 今後、使用する可能性がある

◆ 現在使用中 免疫チェックポイント阻害薬 製品名

使用期間 年 月～ 年 月（ 回）

どちらの病院ですか

その際 副作用はありましたか

免疫チェックポイント阻害薬一覧

作用機序	一般名	製品名
抗 CTLA - 4 抗体	イピリムマブ	ヤーボイ
抗 PD - 1 抗体	ニボルマブ	オプジーボ
	ペムブロリズマブ	キイトルーダ
抗 PD - L 1 抗体	アベルマブ	バベンチオ
	アテゾリズマブ	テセントリク
	デュルバルマブ	イミフィンジ



12.ご家族で癌と診断された方の有無（該当するものに○を付けてください）

どなたが？（ 祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ）

部位は？（ 胃 ・ 大腸 ・ 肺 ・ 肝臓 ・ 脾臓 ・ 乳 ・ 卵巣 ・ その他 ）

13.その他の病気について（該当する項目に○を付けてください）

- ・糖尿病 ・不整脈 ・高血圧 ・動脈硬化 ・白血病
- ・脳出血 ・脳梗塞 ・喘息 ・肺結核 ・肺気腫
- ・B型肝炎、C型肝炎 ・腎不全 ・膠原病 ・リウマチ ・その他

14. 現在内服中の薬について（該当する項目に○を付けてください）

- ・ ステロイドを飲んでいますか？ （ 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 ）
- ・ 本日、お薬手帳はお持ちですか？ （ はい ・ いいえ ）

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、（ ）年前にやめた
- ☐ 飲んでいる

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、（ ）年前にやめた
- ☐ 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

18. 治療方法の希望（該当する項目に☑を付けてください）

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

ご記入ありがとうございました