

免疫治療 問診表 (ID)

1. 氏名： _____ 性別： 男性 ・ 女性
2. 身長 _____ cm 体重 _____ kg
3. 生年月日 西暦・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳
4. 住所 〒 _____ - _____

5. 連絡先 (本人)

自宅 ☎ _____ - _____ - _____ 携帯 ☎ _____ - _____ - _____

6. 受診の動機 (該当する項目に☑を付けてください)

- 免疫療法を受けたい
- 免疫療法について説明を聞きたい

7. 既往歴

病名 例) 高血圧	年または年齢 例) 14 年前から	治療内容 (手術・抗がん剤・放射線・その他) 例) 高血圧・内服治療など

8. 現病歴：病名 (がん種) 例) 病名：肺がん 転移：リンパ節など

病名： _____ 転移： _____

9. 施設名 (病院名)・主治医

施設名 (病院) _____ 科 _____ 先生 _____

10.内服について（現在内服中の薬） なし あり（下記に記入してください）

内服薬 例) アムロジピン	容量 例) 1錠	用法 例) 朝1回

11.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）

例) 数年前に腹痛ありクリニック受診し、血液検査・CT・MRI 検査の結果〇〇と診断され〇〇病院へ紹介された。その後〇〇病院で手術した。手術後、〇月より抗がん剤を（点滴）開始している。投与は3週間投与し1週間休むスケジュールで現在4クール目。現在の症状は腹痛と吐き気があり、抗がん剤の副作用もあり指先がしびれている。

12.緊急時連絡先について下記に記入してください

（※緊急時、優先順に必ず2名以上をご記入ください）

(フリガナ) 氏名	続柄	年齢	電話番号	同居の 有・無	当院への受診または治療についてご 家族は知っているまたは知らない 知っている・知らない 下記〇してください
					知っている・知らない
					知っている・知らない

13.他の病院で 免疫チェックポイント阻害薬を使用の有無

なし あり（下記に記入してください：下記の表参照） 今後使用予定

【免疫チェックポイント阻害薬】 薬品名： _____

・使用期間： _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月（ _____ 回）

・処方された病院名 _____

・副作用の有無 なし あり（記入してください） _____

【免疫チェックポイント阻害薬 例】

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 - L1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
【自由記入欄】		

14.ご家族の中で癌既往の有無 なし あり（下記に記入してください）

病名（例：肺がん）：

家族（例：父）：

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
- 以前は飲んでいましたが、（ _____ ）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）

ご記入ありがとうございました