

免疫治療問診表

免疫治療をご希望される方の現時点での治療の緊急性や今後の治療の参考となりますので、ご記入願います。

記入日 平成_____年_____月_____日

フリガナ

患者氏名_____殿 性別_____

(代筆者氏名_____ : 続柄_____)

生年月日 大正昭和平成_____年_____月_____日 _____歳 職業_____

住 所 〒_____ 電話番号_____

_____ FAX 番号_____

_____ 携帯電話_____

緊急連絡先

氏 名_____ 続柄_____ 電話番号_____

_____ 携帯電話_____

病 名_____ 発病年月日_____年_____月_____日

今まで通院していた

病院名_____ 主治医_____先生_____科

免疫治療に 賛成している 反対している わからない

主治医からの告知の有無

有：余命を告知されていますか？_____

不完全：どこまで説明していますか？_____

無：何と説明していますか？_____

主治医から説明を受けている現在の治療方針

全身状態について当てはまる状態をすべてチェックしてください。

1. 通常の活動が可能である
2. 症状はあるが歩行が出来、自分の世話は出来る
3. 症状の為、歩行するとすぐ疲れてしまい、家族の介護が必要である
4. 症状の為、歩行もあまり出来ない。常に家族の介護が必要である
5. 寝たきりで、入院を必要とする事がある
6. 現在、入院中である

経 過

治療歴（過去行った治療・現在行っている治療（民間療法・食事療法を含む））

現在飲んでいる薬の名前を記入してください。

過去、麻酔・薬物による副作用がありましたか？

- ある ない

過去、重病にかかったことがありますか？（病名・治療内容を記入してください）

親族の中に腫瘍等重病にかかった方がいますか？

続柄	年齢	病名	いつ頃
続柄	年齢	病名	いつ頃
続柄	年齢	病名	いつ頃

その他何か聞きたいこと、悩み事、相談したいこと等ご自由にお書きください。

当院をどちらでお知りになりましたか？

- 主治医から
- 知り合いから : どなたからですか？
- ホームページを見て : アドレスを教えてください
- 本、雑誌を見て : 本、雑誌名を教えてください
- 新聞を見て : 新聞紙名を教えてください
- テレビを見て : 番組名を教えてください
- その他 : どのようにお知りになられたか教えてください

当院へいらっしゃる際の交通手段を教えてください。
