

面談シート(1枚目)

当院での面談の際に参考にさせていただきますので、必要事項を記入してください。

FAX : 0952-37-9667 ひしの実クリニック 宛

| | | | | | | |
|--------------------|-----|------------|-------------|---|---|---|
| ひしの実クリニック 面談シート1枚目 | | | ご記入日: 年 月 日 | | | |
| ふりがな 患者様氏名 | 男・女 | 生年月日 西暦 | 年 | 月 | 日 | 才 |
| 住所 | 〒 | TEL | | | | |
| | | FAX | | | | |

| | |
|---|--|
| 病名 (診断名) | |
| 治療経緯 年月日、医療機関名、治療内容など ご記入ください | (例:2013年3月1日○病院にて、胃カメラで、胃がんと診断。 3月15日△病院で胃全摘手術を受けた) |
| 抗がん剤治療 無・有 | 投薬期間: 薬剤名: 現在(今後)の投薬パターン: |
| 放射線治療 無・有 | 放射線量: 照射期間: |
| 転移の有無 無・有 | 転移がある場合は具体的にご記入下さい。 (例 肝臓に1cmのものが2つ) |
| 最近の検査結果 (直近のデータで お願いします。) わからない場合は、 そのままコピーを 送付またはご持参 ください。 | 検査月日 _____ 腫瘍マーカーなど (例CEA、CA19-9) WBC(白血球) _____ RBC(赤血球) _____ Hb(ヘモグロビン) _____ Ht(ヘマトクリット) _____ Plt(血小板) _____ HBs 抗原 陽性・陰性・不明 (○印で囲んでください) HCV 抗体 陽性・陰性・不明 (○印で囲んでください) |

| | |
|---|--|
| 現在の病気以外で、大きな病気にかかったことはありますか？ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 年頃 () 年頃 |
| 現在の病気以外で、手術を受けたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 年頃 () 年頃 |
| 今までに輸血を受けたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 年頃 () 年頃 |
| 抗がん剤以外で、 現在服用中の薬はありますか？ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 年 月頃から () 年 月頃から |
| 薬で気分が悪くなったり、薬疹が出たことはありますか？ また、服用を禁止されている薬はありますか？ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬の名前() 薬の名前() |
| 抗生物質に対するアレルギーはありますか？ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬の名前() |
| アルコール消毒で、かぶれたことはありますか？ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 食べ物のアレルギーはありますか？ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() () () |
| 血圧が高いといわれたことがありますか？ | はい いいえ |
| 心臓が悪いといわれたことがありますか？ | はい いいえ |
| 出血しやすいといわれたことがありますか？ | はい いいえ |
| 血管が細いといわれたことがありますか？ | はい いいえ |
| 喫煙歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 現在喫煙中 <input type="checkbox"/> (年前)禁煙した |
| 食事摂取 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量なら可能 <input type="checkbox"/> 水分のみ <input type="checkbox"/> 水分も入らない |
| 生活 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり |
| その他治療に関して気にかかることを記入して下さい。 | |

※ 面談当日は、検査結果など治療に関するデータをご持参ください。

※ 面談シートに書ききれない場合は別紙ご用意の上、FAXをお願いします。

※ 個人情報につきましては、個人情報保護法に則り、厳重を期しております。