

ハイパーサーミア 問診票

年 月 日

ID

フリガナ

名前 性別 男・女 年齢

生年月日 大・昭・平 年 月 日

住所 〒

電話番号

下記の項目についてお答え下さい。 答えたくない項目は空欄で結構です。

今、いちばんつらいことはなんですか？(痛み、倦怠感、精神的な不安等。)

通院先及び主治医の先生をお書きください。

病院 科 先生

あなたの病状を主治医以外で、一番理解されている方は誰ですか？

(一人だけを教えてください。)

(続柄)

※裏面もご記入ください。

緩和ケア外来に通院されていますか？

{ いいえ、はい（病院名 _____、主治医 _____） }

今まで、受けてこられた治療はありますか？（継続中も含めて）

a. 放射線治療 { 無 ・ 有（どこに、何回） }

b. 化学療法 { 無 ・ 有（薬の種類、投与間隔、計何回） }

1 _____、 _____ 週ごと、または月 _____ 回、計 _____ 回

2 _____、 _____ 週ごと、または月 _____ 回、計 _____ 回

3 _____、 _____ 週ごと、または月 _____ 回、計 _____ 回

c. 免疫チェックポイント阻害剤以外の免疫療法（養子リンパ球療法）

d. その他（健康食品、断食療法など）

信仰されている宗教、または宗派。無宗教なら、家の宗派をお答え下さい。

当クリニックについてどこでお知りになりましたか。

a. ホームページ b. 病院からの紹介 c. 知人から

d. その他（ _____ ）