

診 察 問 診 票

(送付先 :国際健保協会 FAX:03-5403-6441)

診察問診票受付日	年 月 日	受付担当者:	
患者氏名			
生年月日・性別	年 月 日 ()歳	男・女	
ご住所	〒		
電話番号	携帯電話:	固定電話:	
緊急連絡先	氏名	続柄()	
	電話		
薬疹	有・無	アレルギー	1.無 2.有()
薬品		特異体質	1.無 2.有()
あなたのがんの種類を教えてください。			
いつ、がんだとわかりましたか？ どこの医療機関で言われましたか？		年 月頃(病院名:)	
これまでどのような治療を受けましたか？		1.手術 2.放射線治療 3.抗がん剤治療 4.免疫療法 5.がん遺伝子治療 6.その他()	
手術をされた方への質問 いつどこで手術を受けましたか？		年 月頃(病院名:)	
放射線治療を受けた方への質問 いつどこで治療を受けましたか？		年 月頃(病院名:)	
抗がん剤投与を受けた方への質問 いつどこで治療を受けましたか？		年 月頃(病院名:)	
これまでに服用された抗がん剤を教えてください。			
現在、内服中の薬がありますか？			
現在、痛みがありますか？		1.ない。 2.ある。(強←10 8 6 4 3 2 1 →弱)	
治療についてご希望がありますか？		1.ない。 2.ある。()	
女性の方のみ回答して下さい。		1.妊娠中または可能性がある 2.乳中 3.生理中	
診療情報提供書、検査資料等の有無		1.持参している。 2.なし。 A.診療情報提供書 B.画像診断資料 C.その他	
その他、伝えておきたいことがあれば、何でもご記入下さい。			