



免疫療法面談シート

No. _____

年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		身長	cm
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)	体重	kg
住所	(〒 -)		
電話番号			

病名 (診断名)	ステージ
治療経緯 年月日、医療機関名、治療内容などをご記入ください。 (例：2020年4月2日〇△□病院にて、胃カメラで胃がんと診断。4月15日に〇◇病院で胃全摘手術を受けた。)	
抗がん剤治療 無 ・ 有	投与期間： 薬剤名： 現在（今後）の投与スケジュール：
放射線治療 無 ・ 有	放射線量： 照射期間：
転移の有無 無 ・ 有	転移がある場合には具体的にご記入ください。（例：肝臓に1cm大のものが2つ）
最近の検査結果 わからない場合は検査結果の原本またはコピーをご持参ください。	検査日： 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 (○で囲んでください) HCV抗体： 陽性 ・ 陰性 ・ 不明 (○で囲んでください) 腫瘍マーカーなど：

