



## 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
<b>治療経緯</b> 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。)	
<b>抗がん剤治療</b> 無 ・ 有	投与期間： 薬剤名： 現在（今後）の投与スケジュール：
<b>放射線治療</b> 無 ・ 有	放射線量： 照射期間：
<b>転移の有無</b> 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）
<b>最近の検査結果</b> 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：

面談シート（2枚目）

氏名：

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、手術を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（                                  ）                                  年頃 （                                  ）                                  年頃
今までに輸血を受けたことはありますか？	<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                                  月から （                                  ）                                  年                                  月から
薬で気分が悪くなったり、湿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    薬剤名（                                  ） （                                  ）                                  ）
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    薬剤名（                                  ） （                                  ）                                  ）
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
血圧が高いと言われたことはありますか？	はい                                  ・                                  いいえ
心臓が悪いと言われたことはありますか？	はい                                  ・                                  いいえ
出血しやすいと言われたことはありますか？	はい                                  ・                                  いいえ
血管が細いと言われたことはありますか？	はい                                  ・                                  いいえ
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 現在も喫煙中 <input type="checkbox"/> （                                  年前から）禁煙した
食事摂取	<input type="checkbox"/> ふつう <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、治療に関して気になることをご記入ください。	

※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。