

お願い:こちらの「問診票」をご記入頂き、面談日の3日前までに下記FAX番号まで、
FAXをお願い致します(可能であれば)。 FAX: 03-3516-2282

又、面談日当日にも、このご記入後の本紙をご持参下さいませ、宜しくお願い致します。

問診票

ご記入日: 年 月 日 No. 1/6

ご本人様	フリガナ				性別	男・女
	氏名					
	生年月日	西暦 年 (TSH 年) 月 日			身長	cm
		年齢	歳	職業	体重	kg
	住所	〒				
	TEL	— —		携帯	— —	
	FAX	あり・なし	ありの方はFAX番号 をご記入下さい。		— —	
	e-mail	パソコン		@		
	携帯(受信可能な状態にご設定下さい) @					
	★「迷惑メール拒否設定」されている場合は、以下のうち担当者アドレスの受信許可設定をお願い致します。 ①hori@interkarte.or.jp ②tojo@interkarte.or.jp					
第2連絡先	フリガナ				続柄	
	氏名					
	住所	〒				
	TEL	— —		携帯	— —	
	FAX	あり・なし	ありの方はFAX番号 をご記入下さい。		— —	
e-mail	※「迷惑メール拒否設定」されている場合は上記★印をご参照下さい。メール送信不可の場合はご記入不要です。 @					
第3連絡先	フリガナ				続柄	
	氏名					
	住所	〒				
	TEL	— —		携帯	— —	
	FAX	あり・なし	ありの方はFAX番号 をご記入下さい。		— —	
e-mail	※「迷惑メール拒否設定」されている場合は上記★印をご参照下さい。メール送信不可の場合はご記入不要です。 @					
その他	ございましたら何でもご記入下さい。					

※1: 面談当日は、検査結果など治療に関するデータ(CD、DVD、担当医からの所見、等)をお持ち下さい。
※2: 個人情報保護法に則り、患者様情報管理体制に万全を期しております。

現在の症状について、以下ご回答下さい。

1	喫煙歴 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 現在喫煙中	<input type="checkbox"/> __年～__年まで喫煙 一日()本
2	食事摂取	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 減退気味 <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	
3	生活（複数回答可）	
	<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	
4	疲れやすい	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()年頃～	5 食欲がない
6	むくみがある（部位： ）	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()年頃～	7 息切れがする
8	咳や痰が出やすい	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()年頃～	9 アルコール消毒にかぶれた事がある
10	高血圧症と言われたことがある	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()年頃～	11 不整脈がある
12	心疾患などの病気にかかったことがある(心筋梗塞・狭心症・心不全など)	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()年頃～	
13	血管が細いと言われたことがある	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (注射針を刺す時)	14 出血傾向がある
15	アレルギーがある	
	薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名()
	注射	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名()
	抗生物質	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名()
	アトピー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 皮膚炎 もしくは <input type="checkbox"/> 喘息)
	花粉症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	食物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食品名()
	金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 金属名()
その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 詳細()	
16	今までに輸血を受けたことがある	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()年頃	
17	間質性肺炎の症状がある (痰を伴わない乾いたせき・身体を動かしたときの呼吸困難・ 息を吸っても吸った感じがせず・常に息苦しい、等)	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()年頃～	
18	治療で 胸部(心臓を含む)に放射線をあてたことがある	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()年頃～	
19	妊娠している、又は、授乳している	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

20	初診を受けに行ったきっかけ→(
	年	月	日頃	医療機関名						
21	診断日	年	月	日頃	医療機関名	ステージ				
	診断名	大きさ		cm × cm	個数	個				
	転移	大きさ		cm × cm	個数	個				
22	手術 (今後の予定含む)	①	年	月	日頃	医療機関名				
			術式							
			②	年	月	日頃	医療機関名			
			術式							
			③	年	月	日頃	医療機関名			
			術式							
④	年	月	日頃	医療機関名						
術式										
⑤	年	月	日頃	医療機関名						
術式										
⑥	年	月	日頃	医療機関名						
術式										
23	放射線・粒子線・サイバーナイフ・γ(ガンマ)ナイフ等	①	年	月	日～	年	月	日	医療機関名	
			(グレイ)Gy × ()回	部位			
			②	年	月	日～	年	月	日	医療機関名
			(グレイ)Gy × ()回	部位			
			③	年	月	日～	年	月	日	医療機関名
			(グレイ)Gy × ()回	部位			
④	年	月	日～	年	月	日	医療機関名			
(	グレイ	)Gy × (	)回	部位			
⑤	年	月	日～	年	月	日	医療機関名			
(	グレイ	)Gy × (	)回	部位			
⑥	年	月	日～	年	月	日	医療機関名			
(	グレイ	)Gy × (	)回	部位			

24	薬 劑 投 与 (抗 癌 劑 、 等)	①	療法、又は、薬剤名		
			年 月 日～	年 月 日	医療機関名
		②	療法、又は、薬剤名		
			年 月 日～	年 月 日	医療機関名
		③	療法、又は、薬剤名		
			年 月 日～	年 月 日	医療機関名
		④	療法、又は、薬剤名		
			年 月 日～	年 月 日	医療機関名
		⑤	療法、又は、薬剤名		
			年 月 日～	年 月 日	医療機関名
		⑥	療法、又は、薬剤名		
			年 月 日～	年 月 日	医療機関名
25	画 像 診 断 〔 C T ・ M R I ・ P E T ・ P E T - C T ・ 骨 シ ン チ グ ラ ム ・ 超 音 波 ・ レ ン ト ゲ ン 、 等 〕	①	年 月 日	検査の種類	医療機関名
			所見		
		②	年 月 日	検査の種類	医療機関名
			所見		
		③	年 月 日	検査の種類	医療機関名
			所見		
		④	年 月 日	検査の種類	医療機関名
			所見		
		⑤	年 月 日	検査の種類	医療機関名
			所見		
		⑥	年 月 日	検査の種類	医療機関名
			所見		
		⑦	年 月 日	検査の種類	医療機関名
			所見		
		⑧	年 月 日	検査の種類	医療機関名
			所見		
		⑨	年 月 日	検査の種類	医療機関名
			所見		
		⑩	年 月 日	検査の種類	医療機関名
			所見		

26 （予定含む） （今後の）	病理検査	①	年 月 日	医療機関名		
		所見				
27 （含む） （今後の予定）	生体検査・細胞診	①	年 月 日	検査の種類	医療機関名	
		所見				
28	②	年 月 日	検査の種類	医療機関名		
		所見				
29	③	年 月 日	検査の種類	医療機関名		
		所見				
28	今までに検査したマーカー種類名と推移					
	①	マーカー名	年 月 日	推移	年 月 日	年 月 日
		HER2	数値		数値		数値
	②	マーカー名	年 月 日	推移	年 月 日	年 月 日
			数値		数値	
③	マーカー名	年 月 日	推移	年 月 日	年 月 日	
		数値		数値		数値
④	マーカー名	年 月 日	推移	年 月 日	年 月 日	
		数値		数値		数値
29	既往歴	年 月 日頃	病名（ ）			
		治療済 ・ 治療中	病院名（ ）			
		年 月 日頃	病名（ ）			
		治療済 ・ 治療中	病院名（ ）			
		年 月 日頃	病名（ ）			
		治療済 ・ 治療中	病院名（ ）			
30	（サプリメント含む） 服用中のお薬名	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				お薬手帳をお持ちの場合 「」提出下さい。
31	家族歴	記入例：父方祖父（胃癌）				

その他の詳細情報

車椅子	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
要介助	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	介護度 ()
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	酸素レベル ()
点滴時腕温め	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
使用不可の腕	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 左腕)
気管切開	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
ステント	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位 ()
人工肛門	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
胃管	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
胃瘻	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
PTCD	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
導尿カテーテル	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
腎瘻	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
ポート	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(型番 部位 挿入日)
痛み	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位 ()
麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位 ()
しびれ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位 ()
認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
嘔気嘔吐	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
腹水	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
胸水	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
膨満感	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
呼吸困難感	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
便秘	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
下痢	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
不眠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
褥創	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
抑うつ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
不安	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()

該当する口にチェックをいれてください⇒《全身状態》 PS0 PS1 PS2 PS3 PS4

PS0: 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえる。

PS1: 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働、や座業はできる。

PS2: 歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助が要ることもある。軽労働はできないが日中の50%以上は起居している。

PS3: 身の回りのことはある程度のことではできるが、しばしば介助が要り、日中の50%は異常は就床している。

PS4: 身の回りのこともできず、常に介助が要り、終日就床を必要としている。