

FAX : 072-970-6422 宛

松本クリニック 面談シート1 枚目				ご記入日: 年 月 日			
ふりがな 患者様氏名		男・女	生年月日 西暦	年	月	日	
住 所	〒					TEL	
						FAX	

病 名 (診断名)							
治療経緯 年月日、医療機関名、治療内容など ご記入ください	(例:2013 年 3 月 1 日○病院にて、胃カメラで、胃がんと診断。 3 月 15 日△病院で胃全摘手術を受けた)						
抗がん剤治療 無 ・ 有	投薬期間:					薬剤名:	
	現在(今後)の投薬パターン:						
放射線治療 無 ・ 有	放射線量:					照射期間:	
転移の有無 無 ・ 有	転移がある場合は具体的にご記入下さい。 (例 肝臓に 1cm のものが 2 つ)						
最近の検査結果 (直近のデータで お願いします。) わからない場合は、 そのままコピーを 送付またはご持参 ください。	検査月日	腫瘍マーカーなど (例CEA、CA19-9)					
	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 (○印で囲んでください)					
	HCV 抗体	陽性 ・ 陰性 ・ 不明 (○印で囲んでください)					

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、手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 年頃 () 年頃
今までに輸血を受けたことがありますか？	<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 月頃から () 年 月頃から
薬で気分が悪くなったり、薬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 薬の名前 () 薬の名前 ()
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 薬の名前 ()
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 () () ()
血圧が高いといわれたことがありますか？ 心臓が悪いといわれたことがありますか？ 出血しやすいといわれたことがありますか？ 血管が細いといわれたことがありますか？	はい いいえ はい いいえ はい いいえ はい いいえ
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 現在喫煙中 <input type="checkbox"/> (年前)禁煙した
食事摂取	<input type="checkbox"/> 普通 <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
コロナワクチンの接種状況 接種 なし 接種 あり (ありの場合 最終接種日 年 月 日 接種回数 回目)	
その他治療に関して気にかかることを記入して下さい。	

※ 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。