

銀座みやこクリニック問診票

お名前	フリガナ	性別	血液型
		男性・女性	A B O AB (RH + -)
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
住所	〒 -		職業
電話番号	自宅	F A X	
	携帯		
E-mail			
緊急連絡先	お名前	続柄	
	連絡先		

<現在のがんの状態について教えてください>

1. 初発治療中 ・ 再発治療中 ・ 治療が終了した状態 である。

2. 現在のがんがはじめ診断されたのはいつ頃、どちらの病院ですか？

年 月ごろ
 病院名 _____ 病院 _____ 科
 主治医名 _____ 先生

3. これまでの治療経過（「がん治療歴」の用紙にご記入ください。）

4. 現在の主治医の先生について

年 月ごろから
 病院名 _____ 病院 _____ 科
 主治医名 _____ 先生

5. 当院を受診することは、主治医の先生に 話している ・ 話していない

6. ご家族にがんの方が いる ・ いない
 (いるに○をされた方は、「家族歴」の用紙にご記入ください。)
7. ご自身でお調べになったり、見聞きされたがん治療 (*民間療法を含む) で、
 試してみたいと思っている治療が ある ・ ない
 (あるに○をされた方は、「試してみたいがん治療」の用紙にご記入ください。)
8. 治療中の点滴で、次のような症状が起きたことはありますか
テープかぶれ アルコールかぶれ 血管炎・血管痛
点滴漏れ 気分不快 血が止まりにくい
その他 (具体的に: _____)

<がん以外のことについて教えてください>

1. 現在治療中もしくは過去に治療していた病気が ある ・ ない
 (あるに○をされた方は、「がん以外の治療歴」の用紙にご記入ください。)
2. お薬や食物にアレルギーが ある ・ ない
 薬や食物のお名前 どんな症状がでましたか
 (_____) (_____)
 (_____) (_____)
3. これまでに試された健康食品やサプリメントが ある ・ ない
 (あるに○をされた方は、「健康食品・サプリメント」の用紙にご記入ください。)
4. 現在の生活習慣について
- タバコを 吸わない ・ 吸う (_____ 本/日 × _____ 年)
 お酒を 飲まない ・ 飲む
 (種類 _____ ml/日を _____ 週 _____ 回)
 運動する習慣が ない ・ ある
 (どのような運動ですか _____ 週 _____ 回)
 食欲が ある ・ ない
 食事内容・量について詳細にご記入ください
 朝 (_____)
 昼 (_____)
 夕 (_____)
 間食 (_____)
 夜食 (_____)

5. 現在の身長と体重

身長 () cm 体重 () kg

* ご自身が理想的だと考えている体重 () kg

6. 今回受診するきっかけについて

- ・ 家族や友人の勧め ご紹介者名 ()
- ・ 医師の紹介 医師名 ()
- ・ インターネット検索 Google・Yahoo・その他 ()
- ・ 新聞、雑誌など ()

7. その他、ご質問やご要望など何でもお書きください。

がん治療歴 No. _____ (一治療につき一枚ご記入ください)

がんの種類・ステージ	ステージ ()
病院名・科名	
主治医の先生のお名前	
治療期間	年 月 ~ 年 月
当時のあなたについて	<p>その当時の年齢 _____ 歳～ 体重 () kg 現在と比べて +・- () kg タバコ (本/日) お酒 飲まない・飲む (週 /回 量は?) その他思いつくことがあれば何でもご記入ください ()</p>
<p>治療内容</p> <p>どんな検査を受けたか? 治療をして結果どうだったか? 治療中に辛かったことなど、 できるだけ詳しくご記入ください。</p> <p>また、食生活や周辺環境がどうだったかなど、生活全般についても当時のことを詳しく教えてください。</p> <p>※仕事で休みがなかった、育児で寝ていなかった、外食中心だったなど</p>	

がん以外の治療歴 No. _____

病名	
病院名・科名	
主治医の先生のお名前	
治療期間	年 月 ~ 年 月
治療内容 その病気が見つかったきっかけや、これまでの治療内容と内服薬の名前、治療で辛いことや困っていることなど、できるだけ詳しくご記入ください。	

病名	
病院名・科名	
主治医の先生のお名前	
治療期間	年 月 ~ 年 月
治療内容 その病気が見つかったきっかけや、これまでの治療内容と内服薬の名前、治療で辛いことや困っていることなど、できるだけ詳しくご記入ください。	

家族歴 No. _____

あなたのご関係	
がんの種類・ステージ	ステージ ()
治療期間	年 月 ~ 年 月
治療内容 がんが見つかったきっかけや、治療内容、ご家族として苦労されたこと、それを通して感じたことなど、できるだけ詳しくご記入ください。	

あなたのご関係	
がんの種類・ステージ	ステージ ()
治療期間	年 月 ~ 年 月
治療内容 がんが見つかったきっかけや、治療内容、ご家族として苦労されたこと、それを通して感じたことなど、できるだけ詳しくご記入ください。	

試してみたいがん治療 No. _____

治療名	
お知りになったきっかけ	
その治療に対する期待や不安、疑問点など、詳しくご記入ください。	

治療名	
お知りになったきっかけ	
その治療に対する期待や不安、疑問点など、詳しくご記入ください。	

健康食品・サプリメント No. _____

商品名	
お知りになったきっかけ	
<p>どのような効果を期待してとり始めましたか。 効果はいかがでしたか。 副作用や気になったことなどがありましたら、詳しくご記入ください。</p>	

商品名	
お知りになったきっかけ	
<p>どのような効果を期待してとり始めましたか。 効果はいかがでしたか。 副作用や気になったことなどがありましたら、詳しくご記入ください。</p>	