

面談シート（1枚目）

てください。

当院での面談の際に参考にさせていただきますので、必要事項を記入し

FAX：029-825-5201 きし整形外科内科 宛

きし整形外科内科		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 日	年	月	才
住 所	〒			T E L		
				F A X		
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：2025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)					

<p>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。</p>	検査月日	腫瘍マーカーなど (例
	C E A、 C A 19-9)	
	W B C (白血球)	
	R B C (赤血球)	
	H b (ヘモグロビン)	
	H t (ヘマトクリット)	
	P l t (血小板)	
	HBs抗原 陽性 · 隆性 · 不明 (○印で囲んでください)	
	HCV抗体 陽性 · 隆性 · 不明 (○印で囲んでください)	

F A X : 029-825-5201 きし整形外科内科 宛

面談シート2枚目

お名前 :

現在の病気以外で、大きな病気にかかつたことはありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 年頃 <input type="checkbox"/> 有 () 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 <input type="checkbox"/> 有 () 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 <input type="checkbox"/> 有 () 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 <input type="checkbox"/> 有 () 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 () <input type="checkbox"/> 有 薬の名前 ()
抗生素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 ()	<input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	いいえ
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	いいえ
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	いいえ
血圧が高いといわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	いいえ
心臓が悪いといわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	いいえ
出血しやすいといわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	いいえ
血管が細いといわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 分も入らない	<input type="checkbox"/> 少量なら可能	<input type="checkbox"/> 水分のみ	<input type="checkbox"/> 水
生活	<input type="checkbox"/> 自立 寝たきり	<input type="checkbox"/> 介助が必要	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/>
その他治療に関して気にかかるご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。