

てください。

てください。

てください。

きし整形外科内科							面談シート1枚目						ご記入日：														
年			月			日																					
<div>ふりがな 患者様氏名</div>								男・女		生年月日 西暦 日				年				月				才					
<div>住　所</div>				<div>〒</div>										T E L													
														F A X													
<div>病　名 (診断名)</div>																											
<div>治療経緯</div> 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)																	
<div>抗がん剤治療</div> 無　・　有										<div>投薬期間：</div> <div>現在（今後）の投薬パターン：</div> <div>薬剤名：</div>																	
<div>放射線治療</div> 無　・　有										<div>放射線量：</div> <div>照射期間：</div>																	
<div>転移の有無</div> 無　・　有										<div>転移がある場合は具体的にご記入下さい。</div> <div>(例　肝臓に1cmのものが2つ)</div>																	

