

患者問診票

患者氏名 _____ 生年月日 _____
年齢 _____

通院中のがん治療施設名 _____ 担当医 _____

疾患名 _____ 進行期 _____
組織型 _____

現在までの治療経過 _____

現在の状態

病状 _____

合併症 _____

パートナー あり なし (_____)

子供 あり (_____ 人) なし (_____)

予定される治療について(わかれば記載下さい)

内容・投与(照射)量 _____

治療開始予定時期 _____

今回相談に来られた理由

