

がんクリニカルシーケンス 初診問診票

お名前	フリガナ	記入日	年	月	日
	(お名前は、受診されるまで記載しないでください)	生年月日			
		大正			
		昭和	年	月	日
		平成			

以下の項目についてご記入下さい。お答えになりたくない内容は結構です。

■主治医から聞いている診断名 (○で囲んで下さい)

食道がん 胃癌 大腸がん 乳がん その他 病名 _____

■主治医から説明を受けているがん転移・再発などの状況 (該当に☑してください)

転移・再発があるとは聞いていない。 転移・再発があったが、消えた。切除した。

転移・再発があると聞いている。(場所：肺 肝臓 リンパ節 その他)

詳しく聞いていない。

(自由に記載してください) _____

■主治医より説明されている治療経過 (該当に☑してください)

手術を受けた 手術を受けていない。

(手術の名前等 わかる範囲で) _____

抗がん剤治療を受けた 抗がん剤治療を受けていない

(使用した抗がん剤 わかる範囲で) _____

放射線治療を受けた。(部位：) 放射線治療を受けていない。

■主治医より説明されている検査内容（画像、血液検査等）

CT 検査：

PET 検査：

内視鏡検査：

血液検査：

■主治医より説明されているその他の病状（該当に☑してください）

あなたのがんは治らない。 あなたのがんは治る可能性がある。

あなたのがんは治った。 詳しく聞いていない。

(自由に記載してください)

■なぜ、がんクリニカルシーケンスを受診されようと思いましたが？

(自由に記載してください)

■既往歴

※ 主治医からもらっている説明文書、検査結果などの持参は必要ないですが、
可能であれば主治医より画像付き診療情報提供書をご持参下さい。

こちらの用紙をできる限り詳細に記入の上、来院時にお持ち下さい