うしおえ太陽クリニック

来院日：令和　　年　　月　　日

問診票

1. 氏 名（ﾌﾘｶﾞﾅ）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別：男性 ・ 女性

2. 身長 ＿＿＿＿cm　体重 ＿＿＿＿kg

3. 生年月日

大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　）歳

4. 住所

〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5. 電話番号

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自宅・携帯電話）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自宅・携帯電話）

6. ご家族や来院時の同伴者、緊急時連絡先についてお知らせください。
（緊急時連絡の優先順に記入してください）

(ﾌﾘｶﾞﾅ) お名前	続柄	年齢	連絡先電話番号	本日来院の有無	同居の有無	当クリニックの治療を受けるもしくはご検討されていることをご存知ですか？

7. 職業（退職後、休職中の場合もご記入ください。）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

8. 病名（がん種）

（転移）

9. 主治医

病院　　科　　先生

10.　病気が分かったきっかけ、経緯についてご記入ください。

11.　治療歴

治療期間（年月）	内容（手術・抗癌剤名・放射線・他）

12. 他の病院で『免疫チェックポイント阻害薬』という薬剤を使用したことがありますか。
（最終ページを参考に、該当するものに〇印を付けてください）

◆ いいえ

◆ はい　　免疫チェックポイント阻害薬 製品名

使用期間　　年　　月 ～　　年　　月（　　回）

どちらの病院ですか

その時副作用はありましたか

◆ 今後使用する可能性について、主治医から説明を受けている

13. その他の病気について（該当する項目に〇印を付けてください）

1、糖尿病　2、不整脈　3、高血圧　4、動脈硬化　5、白血病　6、脳出血　7、脳梗塞
8、喘息　9、肺結核　10、肺気腫　11、B 型肝炎・C 型肝炎　12、腎不全　13、膠原病
14、リウマチ　15、その他

14. 現在の症状

痛みの有無について（　有　・　無　）、また程度についてご記入下さい。

15.　**現在内服中の薬について**（該当する項目に〇印を付けてください）

- ステロイド剤の薬を飲んでいますか？　（ はい ・ いいえ ）
- 免疫抑制剤を飲んでいますか？　（ はい ・ いいえ ）
- 痛み止めの薬を飲んでいますか？　（ はい ・ いいえ ）
- その他に飲んでいる薬（　　）

16.　**飲酒について**（該当する項目に☑を付けてください）

☐ 飲まない
☐ 以前は飲んでいたが、（　　）年前に辞めた
☐ 飲んでいる（量：　　）

17.　**喫煙について**（該当する項目に☑を付けてください）

☐ 吸わない
☐ 以前は吸っていたが、（　　）年前に辞めた
☐ 吸っている　（１日　　本）

18.　**受診の動機**（該当する項目に☑を付けてください）

☐ 免疫療法を行いたい
☐ 免疫療法についての説明を聞きたい
☐ その他（　　）

19.　**治療方法の希望**（該当する項目に☑を付けてください）

☐ 医師に相談したい
☐ 樹状細胞ワクチン療法
☐ NK 細胞療法
☐ 活性化 T リンパ球療法
☐ その他（　　）

20.　**受診のきっかけ**（該当する項目に☑を付けてください）

☐ 友人・知人・家族の勧め、ご紹介（　　）様
☐ 医師の紹介（　　）病院（　　）科（　　）先生
☐ インターネット
☐ 新聞・雑誌・テレビなど（　　）
☐ 説明会参加　　月　　日　ご本人・ご家族・その他（　　）

免疫チェックポイント阻害薬一覧

作用機序	一般名	製品名
抗 CTLA－４抗体	イピリムマブ	ヤーボイ
抗 PD－１抗体	ニボルマブ	オプジーボ
	ペムブロリズマブ	キイトルーダ
抗 PD－L１抗体	アベルマブ	バベンチオ
	アテゾリズマブ	テセントリク
	デュルバルマブ	イミフィンジ

ご記入ありがとうございました。治療相談の際にお持ち頂きますよう、お願い致します。