

問 診 票

年 月 日

ご本人	フリガナ		男・女	大昭平	年 月 日 生 (歳)	
	氏 名					
	住 所	(〒 -)				
	連絡先 1	()	—	自宅・携帯・その他 ()		
	連絡先 2	()	—	自宅・携帯・その他 ()		
受診目的 (複数でも可)		<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 相談のみ			身長 cm	
					体重 Kg	
					体温 °C	

1. 本日来院なされた病気について

1) いつ頃どういう形或いは病状で、気がつきましたか

① 受診病院名 科名

② 検査は血液、XP、CT、MRI、ペット、その他

2) 主治医から説明がありましたか

① 病名 悪性 良性

② 治療方針

2. 今までにかかった病気がありますか (なし ある)

ぜんそく 糖尿病 高血圧 前立腺肥大 肺疾患 心疾患 腎疾患

肝疾患 血液疾患 胃腸疾患 その他

3. 現在治療中の他の病気について記入して下さい。

	年令	病名	現在治療中?	
①			はい	いいえ
②			はい	いいえ
③			はい	いいえ

1) 上記治療中の疾患についてどのような説明を受けておられますか？

① _____

② _____

③ _____

4. 今まで受けられた治療についてわかる範囲で教えてください。

- 手術 (手術日 内容)
- 抗ガン剤 (治療期間 内容)
- 放射線治療 (治療期間 照射した部位 線量 グレイ)
- その他
- 治療中なら 手術 放射線治療 抗がん剤 その他

5. 現在、服薬中のお薬があれば教えて下さい。

(お薬手帳をお持ちならそれを見せていただくだけで結構です)

6. 薬や食べ物などのアレルギー(過敏症)はありますか？

なし あり (ありの場合 : 薬品名、食品名など :)

※ 「紹介状(診療情報提供書)XP、CT、MRI、その他の資料を持参しましたか

紹介状は無くてもかまいませんが、XPその他は絶対必要です

正確な情報を貴方にお知らせできません

※ 当病院のがん代替治療の情報について下記よりお選びください

・ ホームページ ・パンフレット ・ 知人 (氏名)

ご回答ありがとうございました

問診チェックリスト

本人氏名	
------	--

- この治療は2000年頃から開発され、現在全国で20箇所位ですので各部の癌に対してどの程度の効果が有るのか、何%位が、緩解するか、或いは延命効果、或いは現状維持、或いは除々に軽快等、色々な事が確定してません。その点は個々のドクターにまかせられます。癌転移体力等あらゆる事が影響しますのでその効果はばらばらです。
- 通常は1～2～3回治療をし直ちに効果が現われるものでは有りません。
- 起立位は30分可能ですか。
- 自力或いは付き添い同伴で通院可能ですか。
- 治療時間は体調その他により10分～25分です。
- 苦痛は有りません、治療後或いは経過中に全身倦怠感或いは何らかのいつもと違う感じを覚えたら教えて下さい。
- 金属、カード、携帯や電子機器、ホカロン、湿布、金具付きバンド等などは外して下さい。
- ペースメーカを装着している方は治療できません。
- 下腹部の場合は事前の排尿が必要です。
- 眼にかける場合にはアイマスクが必要です。
- 表層の癌の場合は痛みが出るので表面をアルミ箔で覆い、背面から照射します。
- インプラント、義歯(顔面照射の場合)アルミ箔を使用、照射可能です。骨折部の金属プレートもその部の照射の場合は同様にアルミ箔で覆います。
- カテーテル・ステントなどを装着している場合は金属性か素材を確認します。
- 治療前、治療中、治療後は水分をとって下さい。
- マイクロ波温熱療法同意書の記入をお願いします(診察時にお渡しします)。

医師氏名

本人氏名