

## 高濃度ビタミンC点滴療法 初回問診票

ご記入日： 年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_

1. 診断名やがんの種類を教えてください。

2. がんの進行度(TNM分類とステージ)を教えてください。

がんの大きさと浸潤(T因子)：

リンパ節転移(N因子)：

遠隔転移(M因子)：

ステージ：

3. がん治療に対する現在の状況を教えてください。

### ①外科手術

・手術歴 なし あり (西暦 年 月)※複数の場合は複数記載。

・手術予定 なし あり (西暦 年 月)

### ②化学療法

・治療歴 なし あり →内容：抗がん剤 分子標的薬 その他( )

→治療期間： 年 月～ 年 月

・治療予定 なし あり (西暦 年 月)

### ③ホルモン療法

・治療歴 なし あり →治療期間： 年 月～ 年 月

・治療予定 なし あり (西暦 年 月)

### ④放射線治療

・治療歴 なし あり →治療期間： 年 月～ 年 月

・治療予定 なし あり (西暦 年 月)

4.現在の食事について教えてください。

・回数：1日3回 1日2回 1日1回以下 1日4回以上

・1回あたりの量：通常(以前と変わらない) 多い 少ない

5.通院できる頻度をお知らせ下さい。 週に( )回を( )ヶ月程度

6.喫煙歴、アルコール歴について、教えてください。

・喫煙歴：1日( )本程度( )年程度

・アルコール歴：週( )日程度( )年程度

7.他に持病や疾患がありましたら、教えてください。

ご記入日： 年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_

\*現在に至るまでの症状・経過などをお書き下さい。

\*治療をする上でなにかご要望はありますか。