

初診時ハイパーサーミア問診表

記入日 年 月 日

お名前 生年月日 大. 昭. 平 年 月 日 才 (男・女)

ご住所

電話

1. ハイパーサーミアの治療をご希望ですか? はい ・ いいえ

セカンドオピニオンをご希望ですか? はい ・ いいえ

2. 原発（最初に見つかった）の癌のお名前をお書き下さい。

() 癌 発病年月 () 年 () 月

3. 再発・転移はありますか? ・ ない

・ ある 部位 () () 年 () 月

() () 年 () 月

4. 手術はしましたか? ・ していない

・ している 部位 () () 年 () 月

5. 現在放射線、抗癌剤、その他の治療をしていますか? ・ していない

・ している 放射線 部位 ()

抗癌剤名 ()

その他 ()

6. 過去に放射線、抗癌剤、その他の治療をしたことがありますか? ・ していない

・ している 放射線 部位 ()

抗癌剤名 ()

その他 ()

7. 現在の症状についてお書き下さい。

8. 血液検査データ・画像など お持ちですか?

ない ・ ある (お持ちの方は当日ご持参下さい)

9. 過去にその他の病気をされたことがありますか? ・ ない

・ ある 病名 ()

10. 現在飲んでいるお薬をお書き下さい。

11. 当院を知った理由をお書き下さい。

・ インターネット・新聞・雑誌・知人の紹介・その他 ()