

【オンラインセカンドオピニオン問診表】(肝臓用)

受付日 年 月 日

患者名: ()歳 生年月日: T・S・H 年 月 日

相談者: 続柄() 保険情報: (社保・国保・後期・保護)

限度額認定証: (有・無)

住所:

連絡先: 自宅

携帯

1 治療中の癌の病名をお教えてください。 STAGE (I・II・III・IV・IVa・IVb)

肝細胞癌・肝内胆管癌・胃癌・大腸癌・膵癌・乳癌・胆のう癌・肺癌

その他()

ウイルス性肝炎(B型・C型・アルコール・なし・その他())

2 初めて癌を診断されたのはいつからですか？

3 何県、何病院で治療をされていますか？

()県 () 病院

4 現在の状況

5 当院はどのようにお知りになりましたか？

ブログ・知人の紹介・先生の紹介・病院の紹介・その他()

6 当院に来られた理由をお聞かせください。

7 これまでの治療で何か問題になったことがございますか？(例:薬のアレルギー、副作用など)

アレルギー: 無 有 ()

副作用: 無 有 ()

その他: ()

8 前医の主治医の先生には、病状をどのように伝えられていますか？