|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **診療・相談申込書** |

 |
| 各ページ上部に患者様本人のサインをお願いします。①サインのあるPDF　②入力済みEXCELファイル　２点をご提出ください。 |
| **記入者**  |  | **患者サイン** | 　　 | **記入日時**  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 |
| **患者情報** |
| 氏名 |  | 性別 　　　　　　　　 | □女性 　□男性　 |
| ローマ字 |  | 国籍 |  |
| フリガナ |  | 宗教 |  |
| 生年月日 |  | 　歳 | 言語 |  |
| 現住所 |  | 郵便番号 |  |
| 固定電話 |  | 携帯電話 | 　 |
| 緊急連絡先 |  |
|
| Email： |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **身元保証（会社/個人）** |
| 身元保証会社 |  | 続柄  |  |
| 担当者 |  | 電話番号  |  |
| 所在地 |  | 郵便番号 |  |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| Email： |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **医療費支払者情報** |
| 氏名 |  | 続柄  |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| Email： |  |
| 希望診療科・医師 |  |
| 都合がつかない日 |  |
| 現在の身体状況 | 歩行 |  　□自力  |  □介助必要 |  □詳細記述 |
| 座る |  　□自力  |  □介助必要 |  □詳細記述 |
| 飲食 |  　□自力  |  □介助必要 |  □詳細記述 |
| 排泄 |  　□自力  |  □介助必要 |  □詳細記述 |
| 来院目的 | 　　　　　　　□ 書面セカンドオピニオン |
| 　　　　　　　□ オンラインセカンドオピニオン |
| 　　　　　　　□ 来院治療  |
| 提供書類 |
| 1. 各種血液検査
 | □ あり □ なし | 1. 遺伝子検査
 | □ あり □ なし |
| 1. 画像及びCD-ROM
 | □ あり □ なし | 1. 病理資料
 | □ あり □ なし |
| お問い合わせ事項 |

|  |
| --- |
| **医療情報** |
| 病 名 |  |
| 家族歴 |  |
| 既往歴 |  |
| 食物アレルギ―　□ 無　・ □ 有 （　）　 薬剤アレルギ― □ 無 ・ □ 有 （ ） |
| 喫煙歴 |  | 飲酒歴 |  |
| 身長、体重 |  |
| **主訴と現病歴**  |
| **日付** | **詳細な説明** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**現在の内服薬**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬剤名 | 英語薬剤名 | １回用量 | 使用方式 | １日用量 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **画像報告** |
| **CT** |
| **検査日付** | **項目** | **検査所見** | **画像資料** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **検査室報告** |
| **血液検査** | **検査日** | **単位** | **参照範囲** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **腫瘍マーカー時間軸変化** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |