|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **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** | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |