

## 問診票

1. フリガナ 氏名：\_\_\_\_\_ 性別： 男性 ・ 女性

2. 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

3. 生年月日

大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) 歳

4. 住所

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

5. 電話番号

\_\_\_\_\_ (自宅・携帯電話)

\_\_\_\_\_ (自宅・携帯電話)

6. ご家族や来院時の同伴者、緊急時連絡先についてお知らせください。

(緊急時連絡の優先順に記入してください)

(フリガナ) お名前	続柄	年齢	連絡先電話番号	本日来院の有無	同居の有無	当クリニックの治療を受け るもしくはご検討されてい ることをご存知ですか？

7. 職業 (退職後、休職中の場合もご記入ください。)

---

8. 病名 (がん種)

(転移)

9. 主治医

\_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

10. 病気が分かったきっかけ、経緯についてご記入ください。

11. 治療歴

治療期間 (年月)	内容 (手術・抗癌剤名・放射線・他)

12. 他の病院で『免疫チェックポイント阻害薬』という薬剤を使用したことがありますか。  
 (最終ページを参考に、該当するものに○印を付けてください)

◆ いいえ

◆ はい      免疫チェックポイント阻害薬 製品名 \_\_\_\_\_  
 使用期間 \_\_\_\_\_ 年 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 ( \_\_\_\_\_ 回)  
 どちらの病院ですか \_\_\_\_\_  
 その時副作用はありましたか \_\_\_\_\_

◆ 今後使用する可能性について、主治医から説明を受けている

13. その他の病気について (該当する項目に○印を付けてください)

- 1、糖尿病 2、不整脈 3、高血圧 4、動脈硬化 5、白血病 6、脳出血 7、脳梗塞  
 8、喘息 9、肺結核 10、肺気腫 11、B型肝炎・C型肝炎 12、腎不全 13、膠原病  
 14、リウマチ 15、その他

#### 14. 現在の症状

痛みの有無について（有・無）、また程度についてご記入下さい。

#### 15. 現在内服中の薬について（該当する項目に○印を付けてください）

- ・ ステロイド剤の薬を飲んでいますか？（はい・いいえ）
- ・ 免疫抑制剤を飲んでいますか？（はい・いいえ）
- ・ 痛み止めの薬を飲んでいますか？（はい・いいえ）
- ・ その他に飲んでいる薬（ ）

#### 16. 飲酒について（該当する項目に☑を付けてください）

- 飲まない
- 以前は飲んでいましたが、（ ）年前に辞めた
- 飲んでいる（量： ）

#### 17. 喫煙について（該当する項目に☑を付けてください）

- 吸わない
- 以前は吸っていたが、（ ）年前に辞めた
- 吸っている（1日 本）

#### 18. 受診の動機（該当する項目に☑を付けてください）

- 免疫療法を行いたい
- 免疫療法についての説明を聞きたい
- その他（ ）

#### 19. 治療方法の希望（該当する項目に☑を付けてください）

- 医師に相談したい
- 樹状細胞ワクチン療法
- NK細胞療法
- 活性化Tリンパ球療法
- 高濃度ビタミンC点滴療法
- その他（ ）

#### 20. 受診のきっかけ（該当する項目に☑を付けてください）

- 友人・知人・家族の勧め、ご紹介（ ）様
- 医師の紹介（ ）病院（ ）科（ ）先生
- インターネット
- 新聞・雑誌・テレビなど（ ）
- 説明会参加 月 日 ご本人・ご家族・その他（ ）

免疫チェックポイント阻害薬一覧

作用機序	一般名	製品名
抗 CTLA - 4 抗体	イピリムマブ	ヤーボイ
抗 PD - 1 抗体	ニボルマブ	オプジーボ
	ペムブロリズマブ	キイトルーダ
抗 PD - L 1 抗体	アベルマブ	バベンチオ
	アテゾリズマブ	テセントリク
	デュルバルマブ	イミフィンジ

ご記入ありがとうございました。治療相談の際にお持ち頂きますよう、お願い致します。