

	必須項目		
患者様情報		フリガナ	
		お名前	
		性別	男性 ・ 女性
		生年月日	年 月 日
		ご住所	
質問者様情報	*	フリガナ	
		お名前	
		性別	男性 ・ 女性
	*	患者様との続柄(ご関係)	
回答方法	何れかをご選択ください	メールアドレス	@
		電話	
		FAX番号	
病気の状況		最初にいつ見つかりましたか?	年 月
		再発の場合は再発の時期	年 月
		どこの部位ですか?	原発部位 再発部位
		見つかった病院は	
		現在治療中の病院は?	
		手術はしましたか? (しますか?)	年 月 実施 ・ 予定 ・ しない
		放射線はしましたか? (しますか?)	年 月~ 実施 ・ 予定 ・ しない
		抗がん剤は使っていますか? (使いますか?)	使う ・ 使わない (わかれば薬剤名も)
		病期(ステージ)はご存知ですか?	0 I II III IV
		お身体の状態	0. 無症状 1. 軽度の症状で、歩行や軽作業はできる。 2. 歩行や身の回りのことは出来るが時には介助が必要な時もある。 3. 身の回りのある程度のことは出来るが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床している。 4. 常に介助が必要で、終日就床を必要としている。
ご質問内容	*		
送信FAX番号		050-3588-6329	