



**03-4333-0803**

(FAX送信してください)



**日本先進医療臨床研究会**

**治療・症例研究参加申込書**

申込日/患者情報欄に記入後、合計3枚【申込書/問診票(2枚)】を添えてFAXして下さい

(患者情報欄)

申込日	年	月	日		
氏名 (必須)	フリガナ	生年月日 (必須)		年齢	性別
		西暦	年 月 日		男・女
住所 (必須)	フリガナ				
	(〒 - )				
連絡先 (必須)	TEL (必須)				
	携帯	/メール (必須)			
病名 または 症状	病名(部位)・症状など:				
ご希望の 治療	<input type="checkbox"/> 内服治療 ( )				
	<input type="checkbox"/> 点滴治療 ( )				
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
相談内容 (必須)					

【個人情報保護】ご記入頂きました情報は厳重に管理し、お客様の同意がある場合、または捜査令状・裁判所の命令など正当な理由がある場合を除き、関係各所及び提携企業以外の第三者に開示・提供することはありません。

# 日本先進医療臨床研究会・問診票

医療機関 使用欄	患者氏名（フリガナ）	担当医療機関	担当医師名
	フリガナ		

【個人情報保護】ご記入頂きました情報は厳重に管理し、お客様の同意がある場合、または捜査令状・裁判所の命令など正当な理由がある場合を除き、関係各所及び提携企業以外の第三者に開示・提供することはありません。

## ※治療を開始する前の状態を教えてください。

病名	(ガンの場合、部位とステージ0/1/2/3/4/5)	生年月日	年齢	性別
		西暦 年 月 日	歳	男・女
身長・体重 BMI	身長 ( ) cm/体重 ( ) kg この1年間の体重変化は？ <input type="checkbox"/> 変わらない / <input type="checkbox"/> ( ) kg増えた / <input type="checkbox"/> ( ) kg減った(痩せた)		体温 ( ) 度 平均 ( ) 度位	

(病状、治療の経過、手術の有無、使用中の薬・サプリ等、詳しく書いてください。)

これまでの治療経過(手術や薬剤投与の有無、治療期間、入院・退院など)

発病時期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃発病  
その後の経過：

これまでの治療について

【化学療法/分子標的薬】

なし ・ 治療中・治療中止(薬剤名= )  
治療開始予定(投与予定日[ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日]、薬剤名= )

【放射線治療】なし・あり(詳細)

【手術】なし・あり(詳細)

【血管内治療・動脈塞栓術】なし・あり(詳細)

【温熱療法】なし・あり(詳細)

【身体症状・現在困っていること】

【禁忌薬・アレルギー歴】

CTやMRI造影剤に対するアレルギー：なし・あり[薬品名]=

抗がん剤に対するアレルギー：なし・あり[薬品名]=

その他薬剤に対するアレルギー：なし・あり[薬品名]=

その他に対するアレルギー：なし・あり[アレルギー]=

当会の「治療・症例研究」以外に、現在治療中の病院・診療所・医師名、治療院・施術者名など

現在の病状や予後について、主治医より説明されている内容

現在使用中の薬・漢方薬・サプリメントや、併用している治療法など

<b>便通についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください</b>	
毎日ありますか？	・毎日 ( ) 回くらいある ・ ( ) 日に1回くらい
臭いはどうですか？	・あまり臭くない ・臭い ・かなり臭い
便の色は？	・黒い ・こげ茶色 ・茶色 ・黄土色 ・黄色っぽい ・白っぽい
<b>現在行っている食事法などがあればご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください</b>	
・ない ・ある ( 脂質制限 / 糖質制限 / 地中海食 / 玄米菜食 / ゲルソン療法 / 断食療法 / マクロビオティック ) (その他: )	
<b>食事の時間についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください</b>	
朝食は？ ( ) 時頃に ( ) 等を ( ・いつも ・時々 ・稀に ) 食べる ・食べない	
昼食は？ ( ) 時頃に ( ) 等を ( ・いつも ・時々 ・稀に ) 食べる ・食べない	
夕食は？ ( ) 時頃に ( ) 等を ( ・いつも ・時々 ・稀に ) 食べる ・食べない	
間食・夜食は？ ( ) 時頃に ( ) 等を ( ・いつも ・時々 ・稀に ) 食べる ・食べない	
<b>食事の内容についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をご記入ください</b>	
お米 (白米・玄米など) を食べますか？ ( ・毎食 ・毎日 ・たまに ) 食べる ( ・ほとんど ・全く ) 食べない	
パン (食パン・菓子パン等) を食べますか？ ( ・毎食 ・毎日 ・たまに ) 食べる ( ・ほとんど ・全く ) 食べない	
小麦粉 (パスタ・うどん等) を食べますか？ ( ・毎食 ・毎日 ・たまに ) 食べる ( ・ほとんど ・全く ) 食べない	
野菜を食べますか？ ( ・毎食 ・毎日 ・たまに ) 食べる ( ・ほとんど ・全く ) 食べない	
お肉 (牛・豚・羊・鶏など) を食べますか？ ( ・毎食 ・毎日 ・たまに ) 食べる ( ・ほとんど ・全く ) 食べない	
お魚を食べますか？ ( ・毎食 ・毎日 ・たまに ) 食べる ( ・ほとんど ・全く ) 食べない	
卵や卵料理をよく食べますか？ ( ・毎食 ・毎日 ・たまに ) 食べる ( ・ほとんど ・全く ) 食べない	
加工食品や甘いものを食べますか？ ( ・毎食 ・毎日 ・たまに ) 飲む ( ・ほとんど ・全く ) 食べない	
牛乳や乳製品をよく食べますか？ ( ・毎食 ・毎日 ・たまに ) 飲む ( ・ほとんど ・全く ) 食べない	
<b>自宅で使用している油は何ですか？ あてはまる、または近いものに○をご記入ください</b>	
・バター/ラードなど動物性不飽和脂肪酸 ・ココナツ油/パーム油など植物性不飽和脂肪酸 ・オリーブ油/菜種油/ごめ油などオメガ9系一価不飽和脂肪酸 (の比率が高い油) ・コーン油/ひまわり油/紅花油などオメガ6系の多価不飽和脂肪酸 (の比率が高い油) ・亜麻仁油/シソ油などオメガ3系の多価不飽和脂肪酸 (の比率が高い油) ・その他 ( )	
<b>運動についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください</b>	
有酸素運動をしますか？	・毎日 ( ) 回位する ・ ( ) 日に1回位する ・しない
筋トレはしますか？	・毎日 ( ) 回位する ・ ( ) 日に1回位する ・しない
散歩等の軽い運動は？	・毎日 ( ) 回位する ・ ( ) 日に1回位する ・しない
その他の運動は？	・毎日 ( ) 回位する ・ ( ) 日に1回位する ・しない
<b>喫煙についてお聞きします。( ) の中にご記入または○をしてください</b>	
現在たばこを吸いますか？	・1日 ( ) 本位吸います ・吸っていません
過去の喫煙歴は？	・なし ・ ( ) 年前まで1日 ( ) 本位を ( ) 年間位吸っていました
<b>飲酒について あてはまる、または近いものに○をしてください</b>	
アルコールは飲みますか？	( ・毎食 ・毎日 ・たまに ) 飲む ( ・ほとんど ・全く ) 飲まない
飲む場合、1回にどの位飲みますか？	( ・一升以上 ・5合位 ・2合位 ・ほんの少し ) 飲む
<b>睡眠についてご記入ください</b>	
平均睡眠時間 ( ) 時間くらい ( ) 時頃に寝て ( ) 時頃に起きます	
睡眠の質は良好ですか？	・良好 ・普通 ・不良
睡眠薬や安定剤を服用していますか？	・毎日 ・週に ( ) 回位 ・たまに ・使わない
睡眠不足の日はありますか？	・ある 月に ( ) 日位 ・ありません
<b>ストレスについて あてはまる、または近いものに○をしてください</b>	
仕事や人間関係でストレスがありますか？	・強いストレスがある ・少しある ・ほとんどない ・ない
ゆううつな気分になる事がありますか？	・いつも ・ときどき ・たまに ・めったにない ・ない
<b>親族についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください。</b>	
親兄弟・親族に心筋梗塞・脳梗塞・糖尿病の方は何人位いますか？	・いる ( ) 人位 ・いない
親兄弟・親族にがんで亡くなった方は何人位いますか？	・いる ( ) 人位 ・いない
※その他・特記事項：その他、連絡したい事項があれば、下記欄外にご記入ください。	