

◆◆◆ 丸山ワクチン追加問診票 ◆◆◆

●当院で丸山ワクチン注射を行っていることをどうして知りましたか

●あなたの癌または悪性の病気について、わかる範囲で教えてください

・病名:

・癌のタイプ: 早期癌 進行癌 不明

・組織型: 腺癌 扁平上皮癌 その他→ 不明

・ステージ: 当初 I II III IV 不明

現在 I II III IV 不明

・リンパ節転移: 当初 あり なし 不明 ・ 現在 あり なし 不明

・転移: 当初 あり (臓器名→) なし 不明

現在 あり (臓器名→) なし 不明

・経過(施行した順または起きた順に1から番号をつけてください):

手術 化学療法 放射線療法 免疫療法 再発 転移
その他の治療→

・手術名、抗癌剤の名前や量、放射線量など細かい治療内容を教えてください

医療機関名: 時期:

治療内容:

・現在も通院中ですか はい (治療中 経過観察中) いいえ

医療機関名: 最終受診日:

薬や注射の名前:

●丸山ワクチンの説明を読み、理解しましたか はい いいえ

■妊娠中、妊娠の可能性がある方、授乳を中止できない方は、注射できません

■他院での検査結果、治療内容については随時報告してください

■ご協力、ありがとうございました。書き終えましたら受付までお出してください