

# メール(郵便)相談外来申込書

## メール(郵便)相談外来 診療同意書

診療内容：メール(郵便)相談・画像診断

管理者：堀信一（IGTクリニック院長）

- 当院では患者様の個人情報(診療情報を含む)がきわめて重要な情報であることを深く認識し、情報の取扱いに当たって、当院で定めた事項や医療関係諸法規を遵守し、安全・安心の医療を提供いたします。
- 当院では提携医療機関や関連施設(病院・診療所・薬局・介護福祉事業者など)との間で、必要性に応じて、患者様の診療情報を共有することがあります。
- メール(郵便)相談外来では、本疾患に対する治療の必要性、有効性、副作用、危険性について十分な検討を行い、回答いたします。
- さらに詳しい情報を得たい場合には、患者様および代理人はいつでも情報を得ることができます。ただし、情報内容によっては患者様ご本人の外来受診が必要となる場合があります。
- 患者様および代理人は、本相談外来に申し込みに同意したあと、いかなる時でも本相談の中止・撤回を行うことができます。ただし、振り込まれた相談料の返金についてはお受けできません。

上記事項について理解し、メール(郵便)相談外来を申し込みます。

### 相談者様

ふりがな

患者様との続柄

お名前

本人・家族（ ）

住所 〒

電話番号

e-mail

記入者サイン

# 問診票

患者様のお名前			
ふりがな			
患者様の年齢	歳	生年月日	
患者様の体重	kg	患者様の身長	cm

診断名	
かかりつけ医療機関	複数ある場合はがん診療に関する施設のみで結構です。
これまでの治療経過 ・ 検査結果など	治療期間や治療内容などを記入してください。治療効果や副作用についてもできるだけ記入してください。
現状の病状や予後について、主治医より説明されている内容	

## これまでのがん治療について

化学療法・分子標的薬 該当するものに○を付けてください。	治療開始予定 ・ 治療中 ・ 治療中止 ・ なし [ 薬剤 ] [ 予定投与日 ] _____ [ 投与間隔 ] [ 最終投与日 ] _____
放射線治療	あり ・ なし [ 詳細 ] _____
手術	あり ・ なし [ 詳細 ] _____
血管内治療・動脈塞栓術	あり ・ なし [ 詳細 ] _____
その他の治療	あり ・ なし [ 詳細 ] _____
身体症状・ 現在困っていること	疼痛症状や呼吸器症状等についてはなるべく詳しく記載してください。
現在使用している内服薬	

## 禁忌薬・アレルギー歴

CTやMRI造影剤に 対するアレルギー	あり ・ なし [ 薬品名 ] _____
抗がん剤に 対するアレルギー	あり ・ なし [ 薬品名 ] _____
その他	[ 薬品名 ] _____

## 現在の全身状態について

<p>活動性について</p> <p>該当するものに○を付けてください。</p>	<p>日常生活には問題がない ・ 通常の仕事が困難、趣味や家事が難しい</p> <p>就労不能・簡単な家事もできない ・ ほとんどの行動が制限される ・ 活動不能</p> <p>[特記すべきことがあればご記入ください]</p> <hr/>
<p>介助の必要性について</p>	<p>完全に自立している ・ ときに介助が必要である ・ しばしば介助が必要である</p> <p>ほとんどのことに介助が必要である ・ 全介助が必要である</p> <p>[特記すべきことがあればご記入ください]</p> <hr/>
<p>食事摂取状況について</p>	<p>問題なく食べることができる ・ 食事量が減っている</p> <p>ほとんど食べられない ・ 食事摂取不能</p> <p>[特記すべきことがあればご記入ください]</p> <hr/>
<p>意識状態について</p>	<p>意識清明 ・ 混乱することがある ・ 眠っていることがほとんど ・ 意識不明</p> <p>[特記すべきことがあればご記入ください]</p> <hr/>
<p>全身のむくみについて</p>	<p>体にむくみがない ・ 局所的な浮腫がある ・ 全身に浮腫がある</p> <p>[特記すべきことがあればご記入ください]</p> <hr/>
<p>呼吸状態について</p>	<p>呼吸困難がない ・ 動くとき呼吸困難がある ・ 安静時でも呼吸困難がある</p> <p>酸素吸入がなければ生活できない</p> <p>[特記すべきことがあればご記入ください]</p> <hr/>
<p>咳・痰症状について</p>	<p>咳、痰症状がない ・ ときどき咳がある痰が多い</p> <p>咳や痰が多くつらい血痰がある ・ 咯血(かっけつ)を繰り返す</p> <p>[特記すべきことがあればご記入ください]</p> <hr/>

<p>疼痛症状について</p> <p>該当するものに○を付けてください。</p>	<p>痛みがない ・ 痛みがあるが我慢できる、鎮痛剤で十分に効果がある</p> <p>我慢できない痛みがある、鎮痛剤で十分に効かない</p> <p>[ 特記すべきことがあればご記入ください ]</p> <hr/>
<p>その他</p>	<p>何か気になることがあればご記入ください。</p>

メール（郵便）相談外来申込書および問診票、患者さま資料、相談料 送付先

---

---

〒598-0047  
大阪府泉佐野市りんくう往来南 3 番 41  
メディカルりんくうポート 3 階・4 階・5 階  
医療法人 龍志会 IGT クリニック  
メール（郵便）相談外来 係