

フリガナ	T・S・H 年 月 日生 歳
<b>患者様のお名前</b>	男性・女性
ご住所 〒 -	
TEL - - 携帯 - -	連絡希望時間帯 : ~ :
E-mail	
フリガナ	
<b>相談者のお名前</b>	続柄 ( )

※ご家族・ご親族の方がご相談を希望される場合、電話番号、E-mail はご相談者の情報をご記入下さい。

**1) 現病歴**

どの部位のがんですか？

がんの部位 ( ) ステージ ( ) ( 年 月頃発症 )

現在通院中の病院名 ( 病院 )

がん治療を受けたことがありますか？

- 手術    化学療法    放射線治療    先進的治療 (免疫細胞療法・陽子線治療など)

**2) がんの転移はありますか？**

転移の有無    無    有    転移した部位 ( )

**3) 次のような病気にかかった経験はありますか？**

- 高血圧    心疾患    糖尿病    腎疾患    リウマチ    アレルギー    喘息    肝炎    HIV    HTLV-I  
その他 ( )

**4) こちらの相談センターをどのようにお知りになりましたか？**

- 紹介：知人/団体    紹介：医療機関    インターネット    書籍  
雑誌/新聞    セミナー/講演会    その他

**5) 特に相談したいことはありますか？**

- がんの状態について    がんの再発・転移について  
免疫細胞 BAK 療法の効果や副作用について    免疫細胞 BAK 療法と他の治療との併用について  
 その他ご自由にご記入ください。

紹介コード	
-------	--