

質問表



第一コール	紹介者
	患者様

年 月 日

【情報提供者】

会社名		支社名	
フリガナ		連絡先	
氏名			

【基本情報】

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	T・S・H 年 月 日	年齢	歳
住所			
TEL	()	FAX	()
メールアドレス	@		
ご都合の良いお時間	AM・PM	:	~ :
ご相談内容			

【詳細情報】

1. いつ見つかりましたか？	H 年 月 日
2. どうやって見つかりましたか？	例) 人間ドックなど
3. どの病院で見つかりましたか？	
4. どの部位ですか？	例) 胃、食道など
5. ステージは？	例) 0、I～IV期
6. 手術はしますか？	はい(病院名:)・いいえ・未定
7. 再発/転移のがんですか？	はい・いいえ
8. 抗がん剤を使用していますか？	はい・いいえ
9. PS分類(お体の状態)	0・1・2・3・4 (PS評価表でご確認ください)

【PS評価表】

お体の状態(グレード)	0	無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえる。
	1	軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や坐業はできる。例えば軽い家事、事務などはできる。
	2	歩行や身の廻りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している。
	3	身の廻りのある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。
	4	身の廻りのことも出来ず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。

【返送先FAX番号】 03-6280-5412