

## 初診診療申込書

ご本人様	
ふりがな	
氏名	生年月日 年 月 日 ( ) 歳
	性別 男性 ・ 女性
住所 (〒 - )	
電話番号	携帯電話

代理人・緊急連絡先	
ふりがな	
氏名	続柄
住所 (〒 - )	
電話番号	携帯電話

### 診療同意書

1. IGT クリニック (以下当院) では、個人情報極めて重要な情報であることを深く認識し、取り扱いに当たっては院内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。
2. 当院では、連携医療機関 (病院・診療所・薬局・福祉事業者など) との間で、治療に必要な診療情報などを共有する場合があります。
3. 当クリニックでは、実施する治療の必要性、有用性、副作用、危険性については十分に説明いたします。さらに詳しい情報などを知りたい場合には、いつでも情報を得ることができます。
4. ご本人およびその代理人は、本治療を受けることに同意したあと、いかなる場合においても治療の中止、撤回ができます。
5. 治療実施中に、当院の担当医師の判断にて治療を一時停止、または終了することがあります。
6. 緊急時においては当院の判断で必要に応じて処置、投薬、輸血、救急施設への搬送を行います。
7. 当院での治療に支障となる行為、または他人に著しい迷惑な行為が見受けられた場合には、当院の判断で治療を中止する場合があります。

# 問診票

氏名	
----	--

病名 (必須)	
原発病巣	転移病巣

現在他の医療機関に入院中ですか？  入院中である  入院中でない

ご関心のある治療内容 (必須)

- 血管内治療 (動注塞栓術) …希望される治療部位 ( )
- 温熱治療

自由診療 (保険外診療) について

- 積極的に取り入れたい  必要なら考えたい  なるべくやりたくない
- やりたくない  どちらでもない

これまでの病歴・治療歴	詳しい診療情報提供書がある場合には記入不要です

現在受けている治療 または 予定されている治療 (必須)		
化学療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (	実施中・予定 )
放射線治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (	実施中・予定 )
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (	実施中・予定 )
その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (	実施中・予定 )

現在の症状 困っていることなど (必須)

裏面もご記入ください。

**合併症・既往症（必須）**

あてはまるものにチェックしてください

- |                                |                                 |                              |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓病   | <input type="checkbox"/> 高血圧    | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 慢性肺疾患 | <input type="checkbox"/> 慢性肝炎   | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚病   | <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 | <input type="checkbox"/> 喘息  |
| <input type="checkbox"/> その他（  |                                 | ）                            |

- |              |  |   |
|--------------|--|---|
| 抗癌剤に対するアレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ | ） |
| 造影剤に対するアレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ | ） |
| 抗生剤に対するアレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ | ） |
| その他アレルギー     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ | ） |

**現在受診している医療機関について**

医療機関名	医師名	診療内容
当院の治療について… <input type="checkbox"/> 理解があり協力的 <input type="checkbox"/> 理解はないが協力的 <input type="checkbox"/> 協力してもらえない <input type="checkbox"/> 相談していない		

医療機関名	医師名	診療内容
当院の治療について… <input type="checkbox"/> 理解があり協力的 <input type="checkbox"/> 理解はないが協力的 <input type="checkbox"/> 協力してもらえない <input type="checkbox"/> 相談していない		

医療機関名	医師名	診療内容
当院の治療について… <input type="checkbox"/> 理解があり協力的 <input type="checkbox"/> 理解はないが協力的 <input type="checkbox"/> 協力してもらえない <input type="checkbox"/> 相談していない		

- 現在お仕事をされていますか？
  - している  していない
- お仕事をされている方へ、会社が選任している産業医を受診されていますか？
  - 産業医を受診している  産業医はあるが受診していない  産業医がない

**アンケート**

- 当院を受診されたきっかけは何ですか？（複数回答可）
  - 主治医からの紹介
  - 主治医以外からの紹介（医療機関／医師名
  - ご本人またはご家族が希望（希望されたきっかけは何ですか？）（複数回答可）
    - 知人・患者会から（
    - 薬局・薬剤師から（
    - 堀 信一 執筆本  それ以外の書籍（書籍名：
    - ホームページ（  メール（郵便）相談外来  Eメール相談（
    - 新聞記事  テレビ  ラジオ
    - 暮らしの便利帳  その他メディア（
    - セミナー・講演会
    - その他（