

記入日 201 年 月 日
相談日 201 年 月 日

がんセルフケア相談調査票（1）

患者氏名			フリガナ	同伴者氏名			続柄	
患者生年月日				患者年齢		患者性別		
大正	昭和	平成		才	男	女		
郵便番号			住 所					
自宅電話番号			自宅FAX番号		携帯番号（所有者名）			
					()			
携帯メールアドレス（所有者名）				パソコンメールアドレス（所有者名）				
がんの種類（初発）		初発が確定した年月			現在のステージ			
がん		201 年 月 日			ステージ			
初発の治療とその経過								
再発・転移の場所（臓器）				再発・転移が確定した年月				
①				①	201	年	月	日
②				②	201	年	月	日
③				③	201	年	月	日
④				④	201	年	月	日
再発・転移の治療とその経過								

がんセルフケア面談調査票（2）

現在の治療（治療している施設名と今後の予定も記載してください）

治療にともなう副作用

それ以外に気になっている症状

食欲

良好 ・ 普通 ・ ない

お通じ

下痢 ・ 毎日 ・ 便秘（ 日に1回）

睡眠

よく眠れる ・ あまり眠れない

体温（平熱）

℃ ～ ℃

今飲んでいる薬

今飲んでいるサプリメントなど

今取り組んでいる代替療法

今取り組んでいるセルフケア

面談で聞いてみたいこと

あなたはご自分が、なぜがんになったと思いますか？