

厚生連高岡病院総合的がん診療センター がん相談支援室

相談記入シート

記入日時	年 月 日 午前・午後 時頃
相談者	氏名 _____ 年齢 _____ 才, 性別 _____ 男・女
相談者のカテゴリ	1) 本人 2) 家族 ( _____ ) 3) 友人 4) 一般 5) 医療関係者 ( _____ ) 6) その他 ( _____ )
がんの種類	1) 脳・神経・目 2) 頭頸部 3) 乳がん 4) 肺がん 5) 胃がん 6) 大腸がん 7) 肝がん 8) 子宮がん 9) 膀胱がん 10) 血液・リンパ 11) 小児がん 12) その他 ( _____ )
治療状況	1) 治療前 2) 治療中 3) 再発・転移 4) 緩和ケア
症状の有無	1) なし 2) あり ( _____ )
利用回数	1) 初めて 2) 2回目以上
相談内容	
ご希望の連絡方法	いずれかに○を付け, 必要な項目を記入下さい. 1) 電話: 電話番号 _____ - _____ 希望される時間帯: 午前・午後 _____ 時頃 2) FAX: FAX 番号 _____ - _____ 3) メール: アドレス _____ @ _____
今後の参考のためぜひお答え下さい	この相談支援室をどのように知りましたか (1) この病院の医療スタッフから説明を受けた (2) パンフレットをみた (3) 家族・友人・知人から聞いた (4) インターネットで見つけた (4) その他 ( _____ )