

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 ()