

ガン治療専用問診票

記入年月日 年 月 日

お名前		男・女	年齢	才	生年月日	昭和・平成	年	月	日	
ご住所						電話				
						携帯電話				
病名						メール				
ガンの診断を受けたのは、いつですか？			年 月							
ガンの診断を受けた病院名						手術の有無		有 ・ 無		
手術を受けたのは、いつですか		年 月		手術を受けた病院名						
現在、医師からはどのように言われていますか？（治療や生命の見通しなどについて）										
現在、行っている治療について、できるだけ詳しくお書き下さい。										
ガンの診断を受けられて、どのような治療を受けられましたか？（日付順にお書き下さい）										
H 年 月										
H 年 月										
H 年 月										
H 年 月										
H 年 月										
H 年 月										
ご質問がありましたらお書き下さい。										
<p>お願い ガンで苦しんでいる患者さんへの情報提供にご協力下さい。</p> <p>現在、既に他の患者さんの情報を紹介しているレベルでの情報提供となります。</p> <p>治療経過・体験記をインターネットや小冊子・本に掲載することを承諾いたします。</p> <p style="text-align: center;">はい いいえ</p> <p>あなたに続く人たちのために、是非、ガンの体験記や波動転写療法を受けられた感想などをお寄せ下さい。</p>										