

# がんケトン食療法外来 事前調査票

患者さんの状態を教えてください。

<意思表示> ひとりでできる ひとりでできる時とできない時がある ひとりでできない

<移動> 自立-独歩、杖・歩行器、車椅子自分で操作 要介助-車椅子、ストレッチャー

<食事> 経口摂取可 経口摂取困難（栄養補助食品の使用 有 無） 経口摂取不可

<日常生活> PS 0 1 2 3 4

患者氏名									
診断名		(病期)							
		転移の有無							
TNM 分類	T	<input type="checkbox"/> T1	<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> T3 (S, RP, DU, CH)	<input type="checkbox"/> T4 (PV, A, PL, 00)	<input type="checkbox"/> TX (不明)			
	N	<input type="checkbox"/> N0	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/> NX (不明)			
	M	<input type="checkbox"/> M0	<input type="checkbox"/> M1	<input type="checkbox"/> MX (不明)					
既往歴									
家族歴									
現在の治療内容	化学療法	(最終投与日)				年	月	日	
	放射線治療								
	その他 内服処方								
治療歴	術式								
	化学療法								
	放射線治療								
治療期間									
組織学的所見									
画像所見									
治療反応性を示す 腫瘍マーカー									
血液検査データ		Alb	g/dl	空腹時血糖	mg/dl	CRP	mg/dl	Cr	mg/dl
		eGFR	ml/min/1.73m <sup>2</sup>	AST	IU/l	ALT	IU/l	γGTP	U/l
		(採血施行日 年 月 日)							