

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、☐車椅子を自分で操作 要介助-☐車椅子、☐ストレッチャー

チャーター

<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			
T N M 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, OO) <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 ² , AST IU/l, ALT IU/l, γGTP U/l (採血施行日 年 月 日)			