

診療情報提供書

株式会社同仁がん免疫研究所

提携医療機関名：

医師名：

印

(フリガナ) 患者氏名	様	性別： 男 ・ 女
住所：		
〒		
		電話番号：
		携帯電話：
生年月日：(西暦)	年	月 日 () 歳 職業：

病名

感染症 該当するものに○、それ以外は取消線を入れて下さい なし ・ HBV ・ HCV ・ HIV ・ HTLV ・ W 氏 ・ その他() ※HBV・HCV は治療適用、それ以外の場合にご相談ください。

既往歴

治療歴	手術	(有 ・ 無)	手術日： 年 月 日
	化学療法	(有 ・ 無)	治療開始日： 年 月 日
	放射線治療	(有 ・ 無)	治療開始日： 年 月 日
	その他の治療	(有 ・ 無)	

治療経過

現在の処方

外来治療予定表（変更届）

コース

(✓をつける)

- 【CSC】6種複合免疫療法 (CSC :CancerStemCell,がん幹細胞)
(がん幹細胞・がん細胞を標的とした新樹状細胞ワクチン療法)
- 【BASIC】6種複合免疫療法 (6種)
(ほぼ全てのがんの治療、免疫力向上によるがん予防)

治療方法

(✓をつける)

- 生血培養
- 凍結培養

フリガナ

患者氏名： _____ 様 (_____)クール目

必要事項を記入し、**採血当日中に**当研究所までFAXをお願い致します。当研究所より確認印を押して返送致します。※FAXには原本をご使用ください。

・初回採血日より約3週間後に1回目の治療日です。

施設名： _____

・必要な培養日数は18-28日間です。

連絡者： _____

回数	外来日	変更日	備考
初回採血	月 日 曜	伝票番号	
1回目治療	月 日 曜	月 日 曜	
2回目治療	月 日 曜	月 日 曜	
3回目治療	月 日 曜	月 日 曜	
4回目治療	月 日 曜	月 日 曜	
5回目治療	月 日 曜	月 日 曜	
6回目治療	月 日 曜	月 日 曜	

※ 外来予定日が変更しましたら至急上記の変更日に記入されて、当研究所までFAXをお願い致します。

CPC 確認印: _____ 印

備考