

# 低分子フコイダン療法に関する問診表

お名前

---

可能な範囲でかまいませんのでご記入ください

1 診断日

令和 年 月 日

---

2 診断名

---

3 転移臓器

---

4 通院の治療の病院名

---

5 治療について

手術

年 月 日 ~ 年 月 日

---

放射線

年 月 日 ~ 年 月 日

---

抗癌剤

年 月 日 ~ 年 月 日

---

6 現在の症状

---

---

---