**診療情報提供-補助資料（NOBEL-ioPDT医師主導治験用）**

**Email：iopdt\_toiawase@kuhp.kyoto-u.ac.jp　NOBEL-ioPDT医師主導治験窓口まで**

**事前に送付いただけますと幸いです。**

記入日：　　　　　年　　月　　日

・患者イニシャル（姓.名）（例 I.R）：

・年齢：（　　　）歳

**食道癌・胃癌の現病歴について** ※現在までの病歴をご記載ください。

|  |
| --- |
| 診断名：病理診断：原発巣がありますか？：□有　□無 転移巣がありますか？：□有　□無→有の場合、部位・大きさをご記載ください：上記につきまして治療歴がありますか？：□有　□無→有の場合、治療内容・治療効果をご記載ください： |

**既往歴・合併症・併用薬・アレルギーについて** ※有の場合のみ詳細をご記載ください。

本治験への参加に同意された場合、活動性の感染症の有無については当院にて検査を行います。

|  |
| --- |
| 既往歴：□無　□有→有の場合、具体的にご記載ください： |
| 合併症：□無　□有→有の場合、具体的にご記載ください： |
| 免疫抑制剤・ステロイドの使用：□無　□有→有の場合、具体的にご記載ください： |
| アレルギー：□無　□有→有の場合、具体的にご記載ください：  |

|  |
| --- |
| 備考 |

 　　　　　ご施設・診療科名：

　医師名：

　 電話番号：

メールアドレス：