

# わたしが受けている治療



## わたしの治療

- 手術療法     放射線療法     抗がん剤     免疫療法     その他

**手術療法**     入院     外来     なし

施術日	病院・医師名	術式

**放射線療法**     入院     外来     なし

開始日	病院・医師名	照射部位	完了日/中止日	中止理由

**薬物療法(抗がん剤、免疫療法など)**     入院     外来     なし

開始日	病院・医師名	薬剤(レジメン)名	完了日/中止日	中止理由