

①現在、治療中の病気はありますか？

いいえ はい⇒

病名	いつから (年月日/年齢)	病院名

②かかりつけ医を記載してください。※①の病院以外にある場合は記載してください。

病院名	

③現在、服薬されている薬はありますか？

※お薬手帳をお持ちでしたら☑のみ記入し、記載は不要です。お薬手帳をご持参ください。

いいえ はい⇒

薬名	1日何回 (朝・昼・夕・寝る前)	1回何錠

④これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

いいえ はい⇒

病名	いつから (年月日/年齢)	病院名

⑤これまでに手術をうけたことはありますか？

いいえ はい⇒

病名/手術名	いつ頃 (年月日/年齢)	病院名

⑥薬のアレルギーはありますか？

いいえ はい⇒

アレルギー名	どのような症状が出ましたか

⑦食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ はい⇒

アレルギー名	どのような症状が出ましたか

⑧その他アレルギーはありますか？

いいえ はい⇒

アレルギー名	どのような症状が出ましたか

⑨今までかかった病気などはありますか？

はしか 水ぼうそう おたふくかぜ 風疹 ぜんそく 熱性けいれん

糖尿病 心臓病 てんかん

その他

⑩その他何かございましたら、ご記入ください。

--