

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。

--