

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

③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

④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

⑤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

⑥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

⑦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

⑧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

⑨その他何かございましたら、ご記入ください。

--