| 患者氏名 | よみがな | 年　　　月　　　日生 | 男　女　無回答　　血液　　　　型（　　） |
| --- | --- | --- | --- |
| **時期** | **病名　あるいは　手術名** | **医療機関名** | **特記事項　伝えたいこと** |
| 例：小学１年頃 | 急性虫垂炎手術 | 〇〇中央病院 | 腹膜炎で入院が長引いた |
| 例：2010年 10月 22日 | 転倒　みぎ手関節骨折手術 | 〇〇医療センター | 金属製プレートとスクリュー |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **家族のこと** | 例：父：大腸癌 （ ） | | |
| **アレルギー** | 例：スギ花粉 卵 ソバ 風邪薬 （ ） | | |
| **造影剤** | 未経験　　分からない　　副作用なし（　　　　　　年　病院名　　　　　　　　　　　撮影部位 ） 　副作用あり（症状　　　　　　　　　　　　　　　　年　病院名　　　　　　　　　　　撮影部位 ） | | |
| **おクスリ** | お薬手帳以外の市販薬 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　サプリ（ 　） | | |

