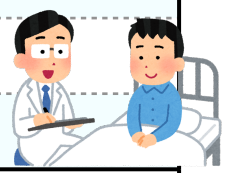
記載者氏名　　（続柄　　）

病歴シート Ver.1.0

記載日　　年　　月　　日現在

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	○○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	○○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（　　）

親族連絡先　氏名　　電話番号（　　ー　　ー　　）なおこの情報シートは緊急用ではありません