| 記載者氏名　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　）　　　病歴シート第２版 | | | 記載日　２０　　　年　　　月　　　日現在 |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者の氏名 | よみがな | 年　　　月　　　日生 | 男　女　無回答　　血液　　　型（　） |
| 連絡先氏名　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）　電話（　　　　　ー　　　　　ー　　　　　　）　なおこの情報シートは緊急用ではありません | | | |
| 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 　　　　　　　例：2010年 10月 22日 | 例：急性虫垂炎手術 　　例：転倒　みぎ手関節骨折手術 | 例：〇〇中央病院 　　　　　例：〇〇医療センター | 例：腹膜炎で入院が長引いた 　　　　　例：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（　　　　　　　　） | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

