

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 (— —)

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 ()		



