

# 現病歴・既往歴申告書

氏名(所属) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

1. 現病歴：(該当するものにチェックをしてください。)

現在治療中の病気が

ある (\_\_\_\_\_)

ない

2. 既往歴：(該当するものにチェックをしてください。)

結核

マラリア

その他の伝染病 (\_\_\_\_\_)

てんかん

糖尿病

機能障害

腎臓病

心臓病

精神病

呼吸器疾患

消化器疾患

食物アレルギー (\_\_\_\_\_)

薬物アレルギー (\_\_\_\_\_)

環境アレルギー (\_\_\_\_\_)

3. 薬の服用状況

服用中の薬名1 (目的)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

服用中の薬名2 (目的)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

服用中の薬名3 (目的)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

4. 連絡先

医療機関名称 \_\_\_\_\_

医療機関電話 \_\_\_\_\_

緊急時名前 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

緊急時電話 \_\_\_\_\_

私の現病歴・既往歴については上記の通り相違ありません。

令和 年 月 日

自署 \_\_\_\_\_