

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。）

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> マラリア |
| <input type="checkbox"/> その他の伝染病 | （ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 機能障害 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 精神病 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 | <input type="checkbox"/> 消化器疾患 |
| <input type="checkbox"/> 食物アレルギー | （ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー | （ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> 環境アレルギー | （ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> その他病名 | （ _____ ） |

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 _____