

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 _____