



書いておけば安心 医療に関する自分情報

Personal information concerning medical care to write down

氏名 Name

性別 Gender

男性 / 女性

Male/Female

生年月日 Date of birth

年齢 Age

歳 years old

● 現在治療中の疾患(ある/なし)

Are you currently in treatment for any illnesses? (Yes / No)

● 現在服用中の薬(ある/なし)

Are you currently taking any medications? (Yes / No)

● 妊娠している・していない Are you pregnant? [Yes / No]

● 既往症 Past illnesses

● アレルギー 薬/食物/虫(ハチなど)/動物/そのほか

Allergies to medications, foods, insects (e.g. bees), animals, other

※具体的に書いてください

*Please use specifics.

● 通常の会話は何語を使いますか？ ()

What is your language of preference?

● 信仰する宗教は？ ()

Do you practice a particular religion?