



病 歴	<input type="checkbox"/> ひきつけ__回 / 初回発作__年__月 / 最近の発作__年__月 <input type="checkbox"/> ぜんそく__回 / 初回発作__年__月 / 最近の発作__年__月 <input type="checkbox"/> その他  <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-left: 20px;"></div>
	<p>• 入院をしたことがありますか</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( __年__月__日 ~ __年__月__日 __日間 ) ↳ 病気名・症状 ( _____ )
	<p>• 手術をしたことがありますか</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( __年__月__日 ~ __年__月__日 __日間 ) ↳ 具体的な内容 ( _____ ) 主治医 ( _____ 病院 _____ 医師)
傷 病 歴	<p>• 現在までに起こったケガの期間と経過</p> <input type="checkbox"/> 脱きゅう __回 / 初回__年__月 / 最近__年__月 <input type="checkbox"/> 頭を打った __回 / 初回__年__月 / 最近__年__月 <input type="checkbox"/> その他  <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-left: 20px;"></div>
そ の 他	<p>• 現在困っている事、気になる事、知らせておきたい事や希望する事等を記入</p>          