

病歴メモ

平成 年 月 日

・ お名前 () 男性・女性 生年月日 年 月 日

・ 障害の原因となっているご病気 ()

※分かる範囲で年齢の若い順番にお書き下さい

年月日	年齢	病名・病院名・所在地	お体の様子・日常生活でお困りのこと
【初めて医者に診てもらった日(初診日)】			
年 月 日	歳	病名 _____ 病院名 _____ 所在地 _____	
年 月 日 ~ 年 月 日	歳 歳	病名 _____ 病院名 _____ 所在地 _____	
年 月 日 ~ 年 月 日	歳 歳	病名 _____ 病院名 _____ 所在地 _____	
年 月 日 ~ 年 月 日	歳 歳	病名 _____ 病院名 _____ 所在地 _____	
【現在】			
年 月 日 ~ 年 月 日	歳 歳	病名 _____ 病院名 _____ 所在地 _____	

・ 書ききれないときは、コピーしてお使いになるか、別の紙にお書きください。

・ 障害者手帳等お持ちの方は、お書き下さい。
身体障害者手帳 () 種 () 級 傷病名:
精神障害者保健福祉手帳 () 級

・ 上に書かれた以外のご病気がある場合は、お書き下さい。()