

治療履歴

Medical Treatment History

※ 記入見本をご参照の上ご用意ください

記入日： 2023年 月 日

記入者： 様

連絡先：

患者氏名	(フリガナ)	性別
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦	年 月 日
病名		
病期(ステージ)		
病理		
既往歴		

治療経過 及び 検査結果 簡単に結構です。可能な限り治療の最初から日付順にご記入ください

期間 (×年×月～×年×月など)	例: 手術 化学療法 放射線療法	主な治療内容

現在の処方 (投薬情報など)

--

- 注) 1. スペースが足りない場合は別紙をご用意ください(様式自由)。
2. 画像診断のファイルや検査記録があれば添付してください。
3. ご記入者(または患者様)の連絡先を必ず記入してください。