

# Medical Information

International Medical Assistance & Support Institute (IMASI)

Name(名前)

\_\_\_\_\_

Date of Birth (生年月日----月/日/西暦の順で記入):    \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Age (年齢):

Sex (性別):        Male (男性)        Female (女性)

Nationality : J A P A N

Passport No. (パスポート番号):

Medical Problems you are under treatment. (現在治療中の病気を重要な順に記入してください)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medication you are currently taking. (現在服薬中の薬の名前を記入してください)

薬品名は商品名ではなく、一般名で(主治医に聞いてください)。

薬は用法ではなく一日量、たとえば    mg/day と総量で記入してください。

_____ (        ) /day	_____ (        ) /day
_____ (        ) /day	_____ (        ) /day
_____ (        ) /day	_____ (        ) /day
_____ (        ) /day	_____ (        ) /day
_____ (        ) /day	_____ (        ) /day

Past history of diseases. (過去に罹ったことのある病気で、重要だと思われるものがあれば記入してください)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Are you allergic to any medicine(s)? (薬に対するアレルギーはありますか?)

No (いいえ)

Yes (はい)

If Yes, please list below. (過去に薬でアレルギーをおこしたことがある場合は、その薬品名を一般名でご記入ください)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Are you allergic to anything else? (薬以外、たとえば食べ物などにアレルギーはありますか?)

No (いいえ)

Yes (はい)

If Yes, please list below. (過去にアレルギーをおこしうる物 食品などをご記入ください。)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Do you have any history of Asthma attack? (過去に喘息発作を起こしたことがありますか?)

No (いいえ)

Yes (はい)

If Yes, Please write the date of last attack. (最後に喘息発作を起こしたのはいつですか?)

MM / DD / YY (月/日/西暦) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

In Case of Emergency, Contact (緊急時の連絡先をご記入ください)

Name and relationship of person to be notified (連絡先の名前 および本人との関係 - ex: Father, Brother, supervisor 等)

:

Address (住所):

Home telephone (家の電話番号): 81-

FAX No. : 81-

Business telephone (仕事場の電話番号): 81-

e-mail :

注意: 電話番号は国番号(81-)のあとに市外局番(最初の0を省く) 電話番号を記入 ex 045-555-8888 の場合 81-45-5558888

If you need further information about this patient, please contact medical facility listed below.

(主治医の先生の情報を下記に記入してください。)

Name of medical facility (病院 / 医院名):

Name of physician (主治医の先生の名前):

Address/Telephone (住所 / 電話番号):

Physician's signature: \_\_\_\_\_

お願い: ご自身だけでは英語の病名や薬の一般名等を正確に記入するのは困難とされます。必ず、主治医もしくはトラベルクリニックの指導のもとでこのフォームを完成してください。