

Please fill out this sheet in advance and carry it with you in case of emergency.

私の医療に関する情報 My medical information

1. 氏名 Name ()

2. 生年月日 Date of birth () 3. 年齢 Age ()
(YYYY/MM/DD)

4. 性別 Gender (Male / Female) 5. 妊娠の有無 Pregnancy (Yes / No)

6. 現在治療中の疾患／既往症 Please indicate the diseases you are currently treating / past illness.

()

7. 手術歴 Please fill in your surgical history.

()

8. 現在服用中の薬 Please indicate which medications you are currently taking.

()

9. アレルギー 薬／食物／虫（ハチなど）／動物／その他
Allergies to medications, foods, insects (e.g. bees), animals, other

()

10. 加入している海外旅行保険情報 Please fill in the details of your overseas travel insurance.

保険会社名 Company Name: _____

連絡先アドレス E-mail address: _____

電話番号 Tel: _____

保険請求担当者 Name of person in charge (if available): _____