

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 () 5. 妊娠の有無 Pregnancy (Yes / No)

6. 国籍 Nationality () 7. 血液型 Blood type ()

8. 緊急時に輸血を受けることを了承しますか？ (Yes / No)
Do you consent to receiving a blood transfusion in an emergency?

9. 同行者氏名／関係／連絡先 accompaniment's name / Relationship / Contact (TEL)
()

10. 本人の英語理解度と母国語 My / accompaniment's English Proficiency
☐母国語 Well-skilled (Mother Language) ☐日常会話 Daily Conversation ☐不十分 Not Well

母国語 Mother Language : _____

11. 同伴者の英語理解度と母国語 My / accompaniment's English Proficiency
☐母国語 Well-skilled (Mother Language) ☐日常会話 Daily Conversation ☐不十分 Not Well

母国語 Mother Language : _____

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

13. 手術歴 Please fill in your surgical history.
()

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

[]

15. 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

[]

16. 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: _____