

Medical Note (医療ノート)

Hawaii Oxygen Service - Kimiyo Yamasaki

FAX: Hawaii (808) 517-3459 TEL: (808) 221-2747 E-mail: kimiyo55@hotmail.com

(英語/ローマ字記入)

Patient Name 氏名			Age:	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Date of Birth 生年月日	(月/日/西暦) / /	Blood Type:	Height: cm	Weight: kg
Home Address Home Phone No. 住所/電話番号	TEL :			
Diagnosis 基礎疾患 Since when (月/日/西暦)	/ /			
Brief Description of Condition 簡単な現病歴/病状 呼吸困難の程度				
Previous Illness 既往歴 Infectious Disease 感染症	YES – NO			
Allergy アレルギー	YES --- Drug:	Food:	Other:	
	NO			
Vaccinations ワクチン	Influenza: (/ /) Pneumococcal: (/ /) Other:			
Admission or Surgery within one year 1年以内の入院 又は手術	YES – When Reasons NO			
Medical problems during previous travels 最近の旅行中の トラブル	YES – When Reasons NO			

