

家族歴問診票

フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男	
氏名					<input type="checkbox"/> 女	
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
医療機関名						

あなたとの関係 (続柄)	診断名 (診断時の年齢)
例： <父方・母方> 父	大腸がん (55歳)
例： <<父方>母方> 祖母	乳がん (50歳台) 、 卵巣がん (69歳)
<父方・母方>	
特記事項	

父母、兄弟姉妹、子ども、祖父母、孫、おじ、おば、おい、めい、いとこ、大おじ、大おば等
 ※父方・母方それぞれの血縁者についてお伺いします。