

# 治療経緯、既往歴、薬剤使用履歴について

---

氏名

性別

生年月日

---

現在の症状(麻痺状況など)

今までの病歴

過去の使用薬剤

現在の使用薬剤

アレルギーの有無(薬剤アレルギー含む)

当院での適応疾患以外で気になっている症状