

血族の病歴調査書

| | | | | | | |
|---|-------------|-------------|---|-------------|-------------|-----|
| | 祖 母 (| 祖 父 (| | 祖 母 (| 祖 父 (| |
| |) |) | |) |) | |
| | --- | --- | | --- | --- | |
| | --- | --- | 母 | --- | --- | --- |
| (| (| (| (| 父 | (| (|
|) |) |) |) |) |) |) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | 本 人 | | |
| (| (| (| (| (| (| (|
|) |) |) |) |) |) |) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- (注) 1. 血族（三親等内）について，現存者の方の健康状況（慢性疾患があればその病名）及び死亡された方の死因（病死の場合は病名）を記入してください。
2. 祖父母及び伯父伯母等（--- 線の部分）については，現在わかっている範囲で結構です。