# 医療の記録

## 【在宅療養手帳の有無】

* 在宅療養手帳を利用している（保管場所：　　　　　　　　　　　　）　□利用していない

## 【基本情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 健康保険証の種類と番号・記号： | |
| 保険証の保管場所： | 血液型： |
| アレルギーなどの注意点： | |

## 【医療記録】

かかりつけ医や薬の記録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医 | ①病名： | | |
| 病院名： | | 医師： |
| 科目： | | 連絡先： |
| ②病名： | | |
| 病院名： | | 病院名： |
| 科目： | | 連絡先： |
| ③病名： | | |
| 病院名： | | 医師： |
| 科目： | | 連絡先： |
| 毎日飲む薬 | ①薬名： | 病名： | |
| 保管場所： | 服用回数：　　　回（朝・昼・夕・夜） | |
| ②薬名： | 病名： | |
| 保管場所： | 服用回数：　　　回（朝・昼・夕・夜） | |
| ③薬名： | 病名： | |
| 保管場所： | 服用回数：　　　回（朝・昼・夕・夜） | |
| ④薬名： | 病名： | |
| 保管場所： | 服用回数：　　　回（朝・昼・夕・夜） | |
| 既往症 | 病名 | | かかった病院名 |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |