

記入日： 年 月 日

◎ご自身の医療や介護に関することなどを記録しましょう

<ご自身に関すること>

フリガナ	ツルガ タロウ	<input checked="" type="radio"/> 男	生年 月日	大正 昭和 平成	21	年	5	月	1	日	年齢
氏名	敦賀 太郎	<input type="radio"/> 女									74

<医療に関すること>

病名・手術について	病名・手術歴	時期	かかった医療機関	通院中のものに○	
現在～過去	1	整形外科	65 歳頃	長寿病院	
	2	高血圧	60 歳頃	包括医院	○
	3	糖尿病	72 歳頃	包括医院	○
	4	心臓手術後	72 歳頃	長寿病院	○
	5				
	6				
	7				

病名は分かる範囲の記入をお願いします。
記入が難しい場合は、何科にかかっているか等で構いません。
手術した経験がある場合は“〇〇手術後”と記入しましょう。

アレルギー	食物 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)	薬物 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)
	その他 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (内容: 花粉症)	
血液型	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB (Rh <input checked="" type="radio"/> + · -)	

<介護に関すること>

介護保険の有無	<input type="checkbox"/> 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	(72 歳～)	(認定日 平成30 年 5 月)
		介護度 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 · 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)	
	<input type="checkbox"/> 変更あり	変更後の介護度 ()	変更日 (年 月)
		変更後の介護度 ()	変更日 (年 月)
		変更後の介護度 ()	変更日 (年 月)
		変更後の介護度 ()	変更日 (年 月)
障がい手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育)	
その他			

変更があった場合は随時追加しましょう