◇ かかりつけの医療機関①

|  |  |
| --- | --- |
| １か所目 | |
| 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 診 察 科 |  |
| 担 当 医 |  |
| 通院頻度 | ヶ月、週に　　　回 |
| 内　　容 |  |
| ２か所目 | |
| 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 診 察 科 |  |
| 担 当 医 |  |
| 通院頻度 | ヶ月、週に　　　回 |
| 内　　容 |  |
| ３か所目 | |
| 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 診 察 科 |  |
| 担 当 医 |  |
| 通院頻度 | ヶ月、週に　　　回 |
| 内　　容 |  |

◇ かかりつけの医療機関②

|  |  |
| --- | --- |
| ４か所目 | |
| 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 診 察 科 |  |
| 担 当 医 |  |
| 通院頻度 | ヶ月、週に　　　回 |
| 内　　容 |  |
| ５か所目 | |
| 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 診 察 科 |  |
| 担 当 医 |  |
| 通院頻度 | ヶ月、週に　　　回 |
| 内　　容 |  |
| ６か所目 | |
| 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 診 察 科 |  |
| 担 当 医 |  |
| 通院頻度 | ヶ月、週に　　　回 |
| 内　　容 |  |

◇ 受診・治療（検査）歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 初診日  （年　齢） | 病　名  （症　状） | 医療機関  （担当医） | 備　考 |
| 年　　月  （　　歳） | （　　　　　　） | （　　　　　　　） |  |
| 年　　月  （　　歳） |  |  |  |
| 年　　月  （　　歳） |  |  |  |
| 年　　月  （　　歳） |  |  |  |
| 年　　月  （　　歳） |  |  |  |
| 年　　月  （　　歳） |  |  |  |
| 年　　月  （　　歳） |  |  |  |
| 年　　月  （　　歳） |  |  |  |
| 年　　月  （　　歳） |  |  |  |
| 年　　月  （　　歳） |  |  |  |
| 年　　月  （　　歳） |  |  |  |
| 年　　月  （　　歳） |  |  |  |

◇ 持病（基礎疾患）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| てんかん  発作 | □有  □無 | 〔種類〕    〔初めての発作〕　　　歳　　カ月    〔現在の発作の形〕    〔処置方法〕    〔服薬〕 | |
| その他持病  (慢性的な病気) | □有  □無 | ① | 〔病名〕 |
| ② | 〔病名〕 |
| ③ | 〔病名〕 |
| ④ | 〔病名〕 |
| その他  注意を要すること | |  | |

**メ　モ（自由にご記入ください。）**

プロフィール ③