

11 備忘録

ご自身の病気等を記録しておきましょう。

氏名：_____

生年月日：大・昭・平・令　年　月　日

性別：男性・女性　血液型：A・B・O・AB　型

保険証種別　記号・番号_____

病名：_____ ステージ：_____

治療歴：

手術：平・令　年　月　日

薬物療法：平・令　年　月　日

放射線療法：平・令　年　月　日

その他()：平・令　年　月　日

投与中の薬剤名（色・形・服用回数など）

- ●
- ●
- ●

既往歴

- ●
- ●

連絡先

- 医療機関① 病院・医院
診療科：_____ 科 担当医：_____ 先生
TEL () _____
- 医療機関② 病院・医院
診療科：_____ 科 担当医：_____ 先生
TEL () _____
- 家族の連絡先①
_____ 様 続柄 _____ TEL _____
- 家族の連絡先②
_____ 様 続柄 _____ TEL _____

アレルギー 無・有 ()