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（　　）