

基本情報

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		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	年齢
氏名								

<医療に関すること>

病気・手術について 現在～過去	No.	病名・手術歴	時期	かかった医療機関	通院中のものに○	
	1			歳頃		
	2			歳頃		
	3			歳頃		
	4			歳頃		
	5			歳頃		
	6			歳頃		
	7			歳頃		

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

<介護に関すること>

介護保険の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 歳～) (認定日: _____ 年 _____ 月) (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input 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 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	