初めて会う医師や看護師に伝えたい健康の基本情報

被災地の皆様の健康状態を把握し、治療を必要としている方を見逃さないことを目標として作成する記録です。分る範囲で下記の項目にお答えください。不明な点がありましたら、お気軽にお尋ねください。

1　自分の基本情報

記入日：平成23年　　月　　日

フリガナ	性別　男性 / 女性
氏名	生年月日　　年　月　日生（　　歳）
血液型　A, B, AB, O　型　RH+/RH−	保険証の記号番号
緊急時の連絡先（名前、続柄、住所、電話、メールアドレス）	

2　かかりつけの医療機関

病院・診療所名　　診療券の番号

3　持病（あてはまるものに〇をつけてください）

心臓病（狭心症・心筋梗塞・不整脈・心不全・その他：　　）

高血圧　腎不全　糖尿病　脳卒中（脳梗塞・脳出血）

がん（具体的に　　）　ぜんそく　てんかん　リウマチ　うつ

その他：

4　手術の記録

年齢	受けた病院	手術の内容
年齢	受けた病院	手術の内容

5　薬のアレルギー

薬の名前	薬の名前
なにが起きましたか	なにが起きましたか

6　薬のリスト：現在飲んでいる薬（のみぐすり、吸入薬、貼る薬、注射薬などすべて）

薬の名前（色や形、記号でも可）	分量	薬の名前（色や形、記号でも可）	分量

7　今、困っている症状は何かありますか？伝えておきたいことはありますか？