

医療について(1)

(記入した日 年 月 日)

どのような体質ですか(○をしてください)			
	かぜをひきやすい		かぶれやすい(部位: _____)
	下痢をしやすい		関節がぬげやすい(部位: 肘 肩 その他) 左・右
	便秘しやすい		アレルギー(_____)
	よく吐く		その他(_____)

受診するときに気をつけてほしいこと

病院での主な様子	本人への治療方法の伝え方	その他注意してほしいこと
待合室		
診察室		
注射		

《薬について》

☆飲んではいけない薬(アレルギーなど)

薬名	何の薬

☆常用薬(普段飲んでいる薬)

※お薬手帳: あり ・ なし

薬の名前(処方期間)	何の薬(目的など)	服用状況・副作用など配慮(気を付ける)すること	
		服薬時間	形状 副作用等
ねん 年 がつ 月 ~ ねん 年 月		の 飲み方・飲ませ方	
		服薬時間	形状 副作用等
ねん 年 がつ 月 ~ ねん 年 月		の 飲み方・飲ませ方	
		服薬時間	形状 副作用等
ねん 年 がつ 月 ~ ねん 年 月		の 飲み方・飲ませ方	
		服薬時間	形状 副作用等
ねん 年 がつ 月 ~ ねん 年 月		の 飲み方・飲ませ方	