

健康・介護

保険証に関すること		
健康保険証について	健康保険証	種類 /
		記号 /
		番号 /
	介護保険証	番号 /
	保管場所 ※薬やお薬手帳も含む	

病気・ケガなど治療に際して注意すること	
血液型	型 (RH+ / RH-)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()
薬の副作用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()
持病	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()
常用薬	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()
重大な既往症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()
臓器提供意思表示	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()

健康・介護

かかりつけ病院・医院・歯科など

医療機関名	病院名 /	科目 /
	担当医師名 /	
	住所 /	
	連絡先 /	

医療機関名	病院名 /	科目 /
	担当医師名 /	
	住所 /	
	連絡先 /	

医療機関名	病院名 /	科目 /
	担当医師名 /	
	住所 /	
	連絡先 /	

健康・介護

病歴について

既往症（病気の履歴）	病名	発症・治癒年月	病院名	担当医師名
		発症 / 治癒 /		
		発症 / 治癒 /		
		発症 / 治癒 /		
		発症 / 治癒 /		
		発症 / 治癒 /		
		発症 / 治癒 /		
		発症 / 治癒 /		

手術・怪我・事故の経験	病名・怪我	手術年月日	病院名	担当医師名	備考

健康・介護

出産の経験	子供の名前	出産年月日	病院名	担当医師名	備考

持病・現在治療中の病気	病名	発症年月日	病院名	担当医師名	常用薬

健康・介護

余命わずかになったときの希望

もしもの時に…	会いたい人 知らせて欲しい人	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 理由 ()
	終末医療 (痛み緩和)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 理由 ()
	その他の希望	

健康・介護

介護が必要になったときについて

介護を頼みたい人

- 配偶者 _____ に頼みたい
- 息子 _____ (夫婦) に頼みたい
- 娘 _____ (夫婦) に頼みたい
- 介護保険を利用して _____
_____ を中心に家族全員に頼みたい
- 介護ヘルパー _____ に頼みたい
- その他 _____ に頼みたい

介護を頼みたい場所

- 自宅
- 息子 _____ (夫婦) 宅
- 娘 _____ (夫婦) 宅
- 病院 _____
- 介護施設 _____
- その他 _____

その他介護に関する
希望・要望