

# 医療の記録

## 1. 保険など

保 険 証	健康保険証記号番号	子ども医療費受給者証	
		(公費負担番号)	(受給者番号)

## 2. 受療歴

1	受療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	病名(診断名)		
	医療機関名( )	担当医(主治医)名( )	
	入院通院の別	入院	・ 通院
	子どもの様子など	指導を受けたこと	
2	受療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	病名(診断名)		
	医療機関名( )	担当医(主治医)名( )	
	入院通院の別	入院	・ 通院
	子どもの様子など	指導を受けたこと	
3	受療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	病名(診断名)		
	医療機関名( )	担当医(主治医)名( )	
	入院通院の別	入院	・ 通院
	子どもの様子など	指導を受けたこと	

4	受療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	病名（診断名）		
	医療機関名（	）担当医（主治医）名（	
	入院通院の別	入院	・ 通院
	子どもの様子など	指導を受けたこと	
5	受療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	病名（診断名）		
	医療機関名（	）担当医（主治医）名（	
	入院通院の別	入院	・ 通院
	子どもの様子など	指導を受けたこと	

3. 特に気をつけてもらいたい病状

(病名)	(症状)	(対応)
	(医療機関名・主治医) TEL	
(病名)	(症状)	(対応)
	(医療機関名・主治医) TEL	

4. 服用している薬

薬品名（処方期間）	何の薬（目的，副作用）	服用の仕方（時間，飲み方）
( 年 月 日 ~ 年 月 日)		
( 年 月 日 ~ 年 月 日)		

5. 日常生活に必要な医療的ケアがあれば記入して下さい。また安全な処置や対応のための留意事項がありましたら記入して下さい。

(例) 点滴の管理, 経管栄養, 導尿, 透析, 人工呼吸器, 喀痰吸引, 酸素療法等


6. 訪問診療, 訪問看護, 訪問リハ等利用状況

事業所名	所在	電話番号	内容
( 年 月 日)			
( 年 月 日)			
( 年 月 日)			
( 年 月 日)			

\*\*\*\*\*

(フリースペース: ご自由にお使い下さい)

