医療に従事される方に

お　願　い

私を治療される時には、必ずこの内容を確認してください。

ふりがな
氏名：

〔緊急医療手帳〕

生年月日：　　年　月　日

年齢：　　歳　性別：男・女

住所：

電話番号：(　　)　　ー

病名：

血液型	[A・B・O・AB] [Rh　+・−]

《　医　療　機　関　情　報　》

かかりつけ医
施 設 名：
医 師 名：
連絡先①：
連絡先②：
協　力　医
施 設 名：
医 師 名：
連絡先①：
連絡先②：
人工呼吸器または在宅酸素療法関係
管理者名：
連絡先①：
連絡先②：
その他医療関係［　　］
管理者名：
連絡先①：
連絡先②：

《　医　療　情　報　》1

使用中の薬剤
禁忌薬剤 アレルギー（有・無）

《　医　療　情　報　》2

医療機器

人工呼吸器：

　１回換気量：

　呼吸モード：

　呼 吸 回 数：

　酸 素 濃 度：

そ　の　他：

使用中のカニューレ・カテーテル類

：

交換：

：

交換：

：

交換：

在宅酸素療法：

①　安静時または就寝時

吸入量：　　リットル／分

吸入時間：　　時間／日

②　労作時

吸入量：　　リットル／分

吸入時間：　　時間／日

既往歴

・Ｂ型肝炎と診断されたことが　　ある　　ない

・Ｃ型肝炎と診断されたことが　　ある　　ない

合併歴

入院歴

《療養の記録１　血液検査》

	検　査　年　月　日				
赤 血 球					
Ｈ　　ｂ					
白 血 球					
Ｃ Ｒ Ｐ					
血　　糖					
Ｔ　　Ｐ					
Ｇ Ｏ Ｔ					
Ｇ Ｐ Ｔ					
Ｌ Ｄ Ｈ					
Ｃ　　Ｋ					
Ｂ Ｕ Ｎ					
Ｓ－Ｃｒ					
Ｔ－ｃｈ					

《療養の記録２　体調の変化や気付いたこと》

年 月 日	事　　項

（その他特記すべき事項）

（その他特記すべき事項）