



いざという時のための情報シート

記入日 年 月 日



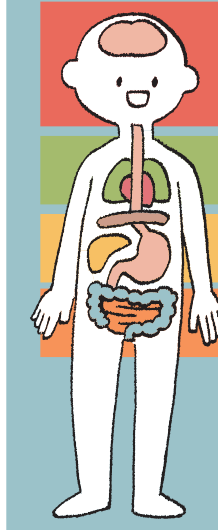
基本情報

氏名	(男・女)		
生年月日	年	月	日生 (歳)
住所	〒		
電話番号			
血液型			
身長/体重	cm		kg
過去の最大体重	kg	20歳頃の体重	kg
家族歴	※二親等(祖父母・両親・兄弟姉妹・子供)内でお答えください 脳出血 (誰が)) 高血圧症 (誰が)) 心臓病 (誰が)) が ん (誰が)) 糖尿病 (誰が)) 肝臓病 (誰が))		
体質	※便秘をしやすい、胃が弱いなど 		
緊 急 時 先 連 絡 先	氏名	(続柄:)	
	〒		
	電話番号		

あなたの健康状態を把握し、適切な治療を行うために必要な情報です。医療機関を受診する時だけでなく、災害時にも役立ちます。年に1回、記載した情報を見直しましょう。

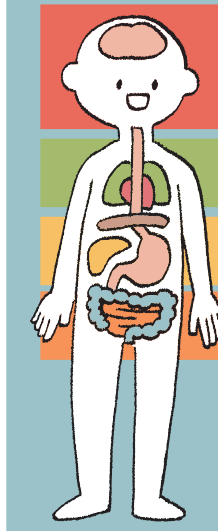


現病歴 ※現在経過観察・治療中の病気



- 糖尿病 脂質異常症 高血圧 がん ()
その他 () () 歳から
- 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 てんかん 緑内障
その他 () () 歳から
- 狭心症 心筋梗塞 不整脈 心臓弁膜症 喘息
COPD (慢性閉塞性肺疾患)
その他 () () 歳から
- 胃・十二指腸潰瘍 慢性胃炎 B・C型肝炎 肝硬変
脂肪肝
その他 () () 歳から
- 腎炎 慢性腎臓病 (蛋白尿・腎機能低下) 前立腺肥大症
過敏性腸症候群
その他 () () 歳から

既往歴 ※過去にかかった病気、完治した病気



- 糖尿病 脂質異常症 高血圧 がん ()
その他 () () 歳から
- 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 てんかん 緑内障
その他 () () 歳から
- 狭心症 心筋梗塞 不整脈 心臓弁膜症 喘息
COPD (慢性閉塞性肺疾患)
その他 () () 歳から
- 胃・十二指腸潰瘍 慢性胃炎 B・C型肝炎 肝硬変
脂肪肝
その他 () () 歳から
- 腎炎 慢性腎臓病 (蛋白尿・腎機能低下) 前立腺肥大症
過敏性腸症候群
その他 () () 歳から

内服中のお薬・注射薬

	薬品名	用量	備考
朝 			
昼 			
夜 			
頓服 			

アレルギー歴

アレルギー歴 あり ・ なし




薬品名・食品名	症状	いつ頃

副作用歴

副作用歴 あり ・ なし

薬品名	症状	いつ頃

普段の生活

睡眠	起床	時	分頃
	就寝	時	分頃
食事	朝食	自宅・外食・なし・その他 (よく食べるもの: )	
	昼食	自宅・外食・なし・その他 (よく食べるもの:)	
	夕食	自宅・外食・なし・その他 (よく食べるもの:)	
	間食	1日 回程度	よく食べるもの: 
活動	仕事	<input type="checkbox"/> 体を動かしていることが多い <input type="checkbox"/> 立っていることが多い <input type="checkbox"/> 座っていることが多い	
	運動	何を 週 回 分程度	<input type="checkbox"/> とくにしていない
嗜好品	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 種類 量 回数程度 	
	喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた (歳頃) <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本 歳頃から)	

かかりつけ医

医療機関名	主治医 ()
住所	〒
電話番号	