おぼえがき（私の記録）

（ふりがな） 氏　　名			生年月日	性別
			明治･大正･昭和･平成 年　　月　　日生	男・女
住　　所	多可町(　中　・　加美　・　八千代　)区			
連絡先	(自宅)	(携帯)	(FAX)	
	(Email)			
勤務先	(勤務先名)			
	(電話)	(FAX)		
家族構成	独居・（　　）人家族			
緊急時の 連絡先	(緊急連絡先名)		（続柄　　）	
	(自宅)	(携帯)	(FAX)	
かかりつけ 医療機関	(医療機関名)		(電話)	
	(主治医)		(FAX)	
現病歴		既往歴	□糖尿病 □高血圧 □高脂血症	□脳梗塞・脳出血 □心臓病 □その他
保険証 記号番号				
介護保険の利用	なし　・　あり（介護度　　）			
介護保険 （担当ケアマネ）	(事業所名)		(電話)	
	(担当者名)		(FAX)	

健康の記録 ･(特異体質や家族歴等)

医療機関等に知らせたい情報を記録しておきましょう。

〇アレルギー（薬・食物など）　　有　・　無

〇家族歴