【医療シート】　記載日　　　　年　　　月　　　日

今までにかかった病気等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険等 | □マイナンバーカード　　　　　　□健康保険証または資格確認書  　□子ども医療費受給者証　　　　　□重度心身障害者医療費受給者証  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　※ある場合は☑してください。 | | | | | | | |
| 診断等 | 障害名・病名 | | 診断時期 | | | 診断機関（担当者） | | |
|  | | 年　　月（　　　歳頃） | | |  | | |
|  | | 年　　月（　　　歳頃） | | |  | | |
| 手帳等 | 身体障害者手帳 　種　 　級　(障害名：　　　 　) 交付　　 年　 月 　　日  種　　 級　(障害名：　　 　　) 交付　　 年　　月　 　日 | | | | | | | |
| 療 育 手 帳 □A　 　　・　　　□B　　　　　交付　　　　 年　 　 月　 　日  □A　 　　・　　　□B　　　　　交付　　　 　年　 　 月　 　日 | | | | | | | |
| □特別児童扶養手当　　　□障害児福祉手当  □重度医療　　　　　　　□その他 | | | | | | | |
|  | 今までにかかった病気等 | | | 診断時期 | | | 診断機関（担当者） | |
|  | | | 年　　 　月 　　歳頃 | | |  | |
|  | | | 年　　 　月 　　歳頃 | | |  | |
|  | | | 年　　 　月 　　歳頃 | | |  | |
|  | | | 年　　 　月 　　歳頃 | | |  | |
| 治療中の病気等 | 疾病名 | 年　月　 歳頃 | | | 受診状況（通入院・検査） | | 服薬 | 経過 |
|  |  | | |  | |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医院等 | 病・医院名 |  | 《薬の記録》  ・毎日飲んでいる薬  ・症状が出た時飲む薬  　（薬の名前/薬の形状/量等） |
| 住所　　　　　　　　　　　　　℡ |  |
| 歯科医院名 |  |
| 住所　　　　　　　　　　　　　℡ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配慮する事項 | | 医療面で生活上配慮する事項・アレルギー（食物、薬等） | |
| 備考 | （診断書があればファイルに保存：診断名・投薬名・注意事項他 | | 血液型 |
|  |
| 平均体温 |
|  |