

### A-3 基本情報(私の療養シート)

名前

記入日:20 年 月 日/記入者

◎今の私の病気や、のんでいる薬などを把握し、健康で安全に暮らせるように支援してください。

(薬剤情報提供シートがある場合は、コピーをこのシートの裏に添付してください。)

かかり始めた年月日 病院・医院名 (連絡先)	医師	受診回数	通院方法 (所要時間)	私の病名  高血圧や糖尿病は、 今の数値を記入しよう。	私がのんでいる薬の名前 (何の薬かも記入)	回数・量	医療機関から 気をつけるように いわれていること  水分をとる、塩分を 控えるなど	私の願いや 支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと ○支援者が気づいたこと、 支援のヒントやアイデア
		月_回 週_回	徒歩、自家 用車など、 往診は「往」		薬剤名と使用目的 例:〇〇(血圧を下げる)	3回/日、各1錠 又は頓服、 点眼等		
過去に治療を受けた病気(今の暮らしに配慮が必要な病気や感染症)					今の暮らしの中で気をつけていること(アレルギーや禁忌なども記入)			
年	月	病名			※便秘しないため、足が弱らないためなど、本人や家族が気をつけていることを具体的に記入しよう。			

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。