

医療の 情報



医療の情報 (既往歴・治療)

■ 現在治療中の病気 (歯科を含む)

病名	いつごろ(歳)	病院名
		(科)
		(科)
		(科)
		(科)
		(科)

■ これまでにかかった病気 (既往歴)

病名	いつごろ(歳)	病院名
		(科)
		(科)
		(科)
		(科)
		(科)

■ 医療について

記入日(平成 年 月 日)

病名告知	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
余命告知	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
心臓マッサージ	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
延命治療	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	経管栄養 (胃ろう等)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	その他	本人の希望()

医療の情報 (検査・歯科の記録)

■ 検査について (※検査を実施した医療機関をご記入下さい。)

年月日	医療機関名	特記事項
・ ・		
・ ・		
・ ・		
・ ・		
・ ・		

■ 歯科について (※歯科医院をご記入下さい。)

歯科医院名		(市・町)	口腔内の状況
口腔清掃の状況		<input type="checkbox"/> 自立 (手用ブラシ・電動ブラシ) <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助	
入れ歯の状況	作成年月日 (最新)	年 月 日	
	使用状況	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 食事時のみ	
	着脱方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	
名前		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

