

緊急時連絡先

わたしの日常生活の状況を一番よく知る人

氏名	
電話番号	
所在	
関係性	

家族の連絡先

氏名	
電話番号	
所在	
関係性	

その他特記事項

--

外来受診時メモ

はじめての医療機関にかかるとき



DPI 北海道 平成 27 年 7 月作成

氏名	ふりがな
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	市 区
電話	() -

障害名（病名）：

--

定期受診 医療機関	診療科：	受診頻度	
		主治医名	
	診療科：	受診頻度	
		主治医名	
	診療科：	受診頻度	
		主治医名	
現在の治療			

既往歴	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

アレルギーについて ある なし（ある場合は具体的にお書き下さい）