

■かかりつけ医にお願いしたいこと

1. 手帳の記入

- ① P 3 のかかりつけ医の記載 (スタンプ可) をお願いいたします。
 - ② P 9 以降の診療記録欄について、赤枠内の記載をお願いいたします。
- 要点の記載で結構です。書き切れない場合には P 1 9 以降の通信欄等をご利用下さい。

患者さんは、30 ページ「この手帳の使い方について」を

お名前
生年月日 昭・平 _____年 _____月 _____日 明・大
住所
電話番号
携帯電話
家族(続柄)
電話番号
携帯電話
家族(続柄)
電話番号
携帯電話
治療病院
病院名
科名
I D
担当医
電話番号
住所
かかりつけ医
病・医院名
医師名
電話番号
住所

3

参照のうえ、必要項目の記入をお願いします。

身長 _____ cm	体重 _____ kg
飲酒歴	
造影剤アレルギー	なし ・ あり
その他のアレルギー	なし ・ あり
既往歴	なし ・ あり
併存症	なし ・ あり
糖尿病・高血圧・脳血管疾患・心疾患・腎疾患・その他	()
内服薬	(シール貼付可。お薬手帳があれば記入はいたしません。)

4

名前	治療病院 I D	診療予定表	1 年目	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 治療病院(変更可) <input type="checkbox"/> チェックして下さい									
<input type="checkbox"/> 3ヶ月毎	<input type="checkbox"/> MRI CT	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
<input type="checkbox"/> 4ヶ月毎	<input type="checkbox"/> MRI CT												
<input type="checkbox"/> フリー	<input type="checkbox"/> MRI CT												
画像	<input type="checkbox"/> MRI CT												
内服薬													
コメント	(書ききれない場合は通信帳へ、保険薬局との連携のため清算C(傷)を記入して下さい。)												
受診年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
A F P													
γ-GTP	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
PIVKA-II													
AST													
ALT													
T-Bil													
γ-GTP													
Alb													
血小板													

9

10

この部分を記載してください

