

■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 7 以降の診療メモについて、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 5 以降の診療メモ等をご利用下さい。

患者さんは、18 ページ「この手帳の使い方について」を

参照のうえ、必要項目の記入をお願いします。
既往歴および現在治療中の病氣

お名前

生年月日 明・大 年 月 日
昭・平

身長 cm 体重 kg

かかりつけ医

施設名 (スタンプ可)

ID

担当医

連携開始日 20 年 月 日

治療病院

施設名 (スタンプ可)

ID

担当医

治療開始日 20 年 月 日

かかりつけ薬局
(スタンプ可)

3

アレルギー (薬、食べ物等)

内服薬
(シール貼り付け可。お薬手帳があれば記入はいりません。)

名前: _____ 治療病院 ID: _____

診療メモ

必須 任意

診療	3か月			6か月			9か月			1年			1年3か月			1年6か月			1年9か月			2年		
	20	10	1	20	10	1	20	10	1	20	10	1	20	10	1	20	10	1	20	10	1	20	10	1
診察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
乳房 US / MMG ・MMG (US代用可) ・US	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部レントゲン	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
婦人科 (TAM 内服中のみ)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
骨密度 (AI 内服中のみ)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
内服確認 (ホルモン剤)	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH 注射施行日	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
コメント [連携元: 治療病院] [連携先: かかりつけ]	□ 連携元 □ 連携先 □ その他			□ 連携元 □ 連携先 □ その他			□ 連携元 □ 連携先 □ その他			□ 連携元 □ 連携先 □ その他			□ 連携元 □ 連携先 □ その他			□ 連携元 □ 連携先 □ その他			□ 連携元 □ 連携先 □ その他					

7

この部分を記載
してください

- (記載内容)
- ① 診察した日 (確認日) の日付記載ならびにサイン (又は印)
 - ② 任意検査を行なった場合は、項目のところにチェック
 - ③ 内服のホルモン剤の服用がある場合は、受診時にチェック
 - ④ LH-RH 製剤の注射を行なった場合はその日付を記載。

