

# フェイスシート（医療用）

記入日      年      月      日

|                   |                       |                   |         |          |                  |
|-------------------|-----------------------|-------------------|---------|----------|------------------|
| 現在の主な疾患名<br>(診断名) |                       | 診断した医療機関<br>(主治医) |         |          |                  |
| 診断年月日             |                       |                   |         |          |                  |
| 保険証の種類            | 社保・国保                 | 記号                | 番号      |          |                  |
| 普段の<br>状態         | 平熱                    | 度                 | 排尿      | 回/日      | おむつ使用<br>有・無・夜のみ |
|                   | 睡眠                    | 時間                | 排便      | 回/日(時間帯) |                  |
|                   | 服薬<br>(外用薬・<br>常用薬)   | 有・無               | 薬の名前・回数 |          |                  |
| 既往歴               |                       |                   |         |          |                  |
| アレルギー             | 有 (薬品・食品・金属・歯科麻酔・その他) |                   |         |          |                  |
|                   | 無                     |                   |         |          |                  |
| 健康上の<br>留意点       |                       |                   |         |          |                  |