

相続準備メモ 健康管理について

もし緊急事態になった場合、医療機関で適切な治療を対応してもらえるようにあなたの基本情報を記入しましょう。

■ご自身の情報

フリガナ			明治・大正・昭和・平成	
名前	生年月日		年 月 日	
住所				
電話番号		アドレス		
身体の状況	麻痺 視覚・聴覚障害 言語障害	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	認知症 インスリン 人工透析	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
その他				

■治療に際して注意すべきこと

血液型	型 (R H □ + · □ -)		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (食物 :) その他 :		
持病	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (病名 :)		
常用薬	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (薬の名前 :)		
重大な既往症	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (病名 :)		

記入者 : _____

記入日 : _____ 年 月 日