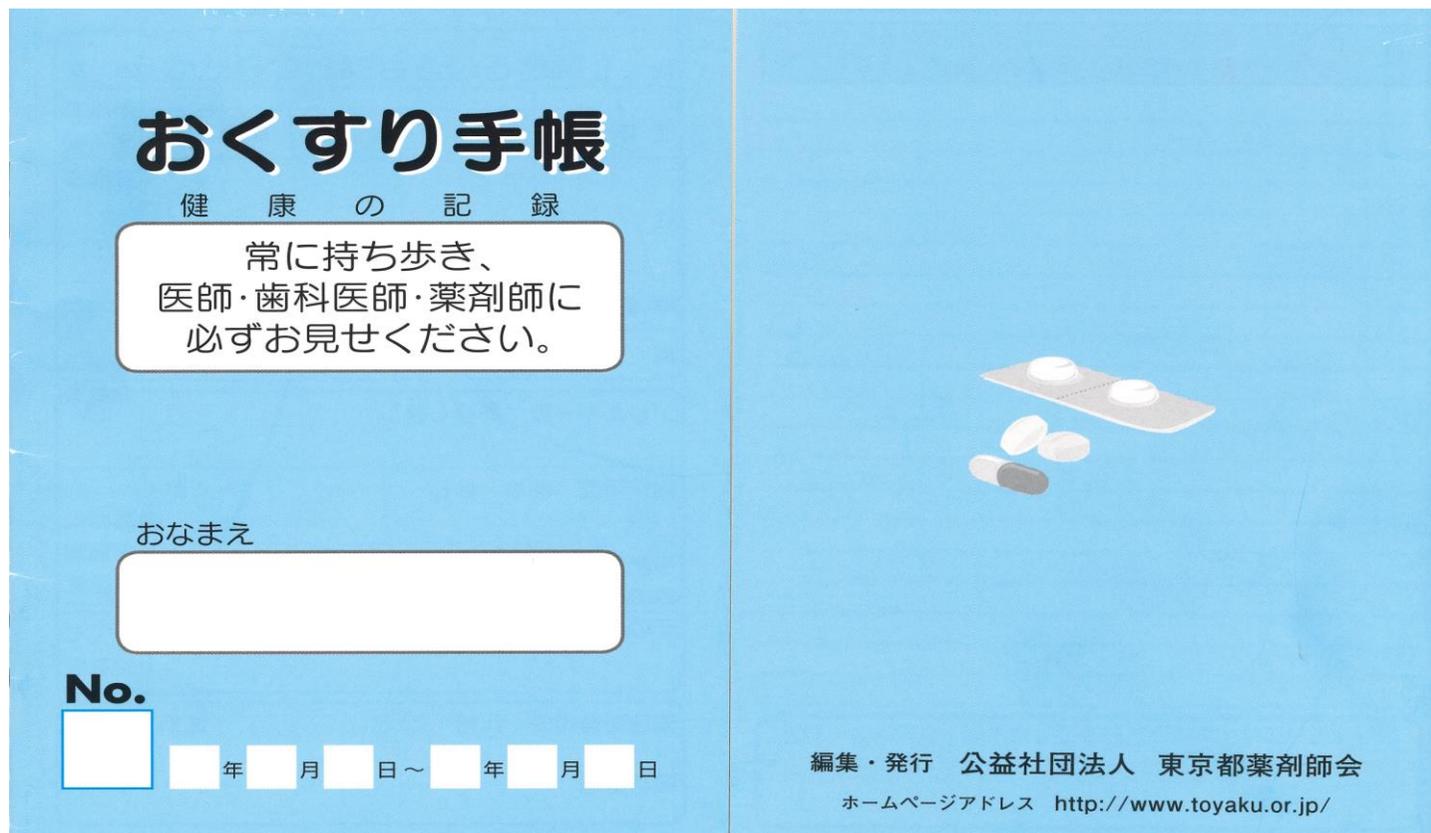


# おくすり手帳の改訂について

表紙

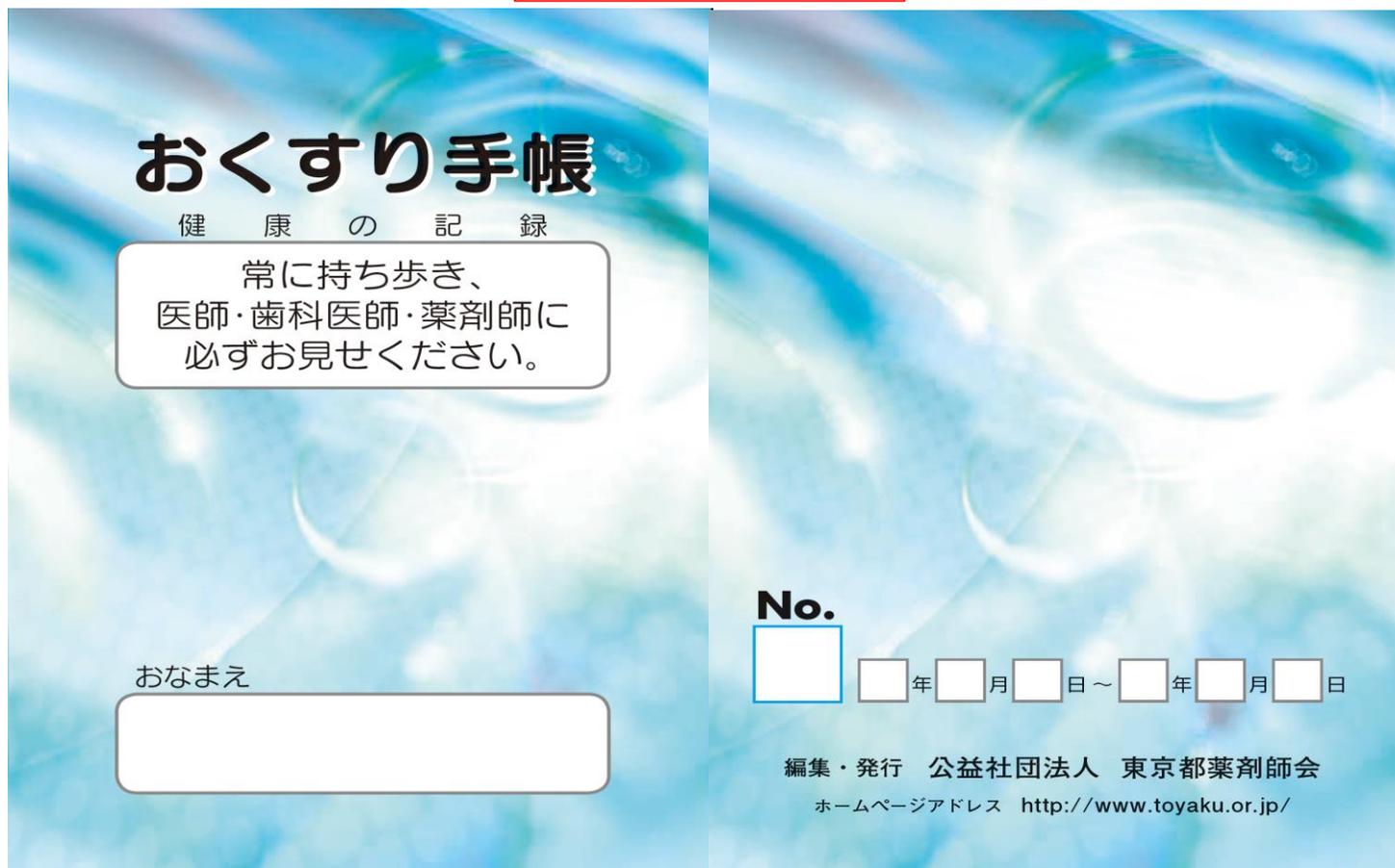
## 現行版



# おくすり手帳の改訂について

表紙

## 改訂版



# おくすり手帳の改訂について 患者情報記載欄

## 現行版

氏名		男・女
生年月日	M・T・S・H	年 月 日
住所	〒	
電話番号	- -	
血液型	A・AB・B・O / Rh+・-	
アレルギー歴 あり・なし		
副作用歴 あり・なし		
今までにかかった主な病名または病状 緑内障・前立腺肥大症・糖尿病・肝・腎疾患・心疾患 その他		
緊急時連絡先：氏名		続柄
電話番号	- -	

ご本人が記入してください  
【かかりつけにしている機関】

薬剤師： 薬局： 連絡先：
医師： 医療機関： 連絡先：
歯科医師： 医療機関： 連絡先：
ケアマネジャー： 連絡先：

# おくすり手帳の改訂について 患者情報記載欄

## 改訂版

氏名			
生年月日	M・T・S・H・R	年	月
	西暦		
住所	〒		
電話番号	-	-	
血液型	A・AB・B・O / Rh+・-		

アレルギー歴	
医薬品：	
食べ物：	
副作用歴	なし

今までにかかった主な疾患	
閉塞隅角緑内障 前立腺肥大症 糖尿病 肝・腎・心疾患	
その他	なし

緊急時連絡先：氏名	続柄
電話番号	-

### 【いつも利用している薬局】

※気軽に相談できる薬局名等をご本人が記入してください

薬局：

薬剤師：

連絡先：電話

FAX

メールアドレス

@

### 【かかりつけ医療機関】

内科	歯科
医療機関：	医療機関：
連絡先：	連絡先：
( )科	( )科
医療機関：	医療機関：
連絡先：	連絡先：
( )科	( )科
医療機関：	医療機関：
連絡先：	連絡先：





