

移行用サマリー

名前

令和 年 月 日 記載

診断名	外来受診間隔 ()	内服治療 ☐ なし ☐ あり
自分の病気の理解	保健・手帳 ☐ 保険の種類 () ☐ 手帳 ()	薬品名
発症年齢 () 歳 手術歴 ☐ あり () ☐ なし その他治療 ☐ あり () ☐ なし 現在の治療 ☐ 経過観察 ☐ 手術予定 ☐ その他 ()	日常生活で気を付けること ☐ 運動 ☐ 食事 ☐ 禁止事項	副作用 ☐ 内服以外（注射など）
今後の治療予定 ☐ 内服治療継続 ☐ 手術予定 ☐ 検査予定 ☐ 経過観察 ☐ その他 ()	職業 ☐ 制限なし ☐ 選択必要	現在の通院医療機関 病院名： TEL： 緊急時の医療機関 病院名： TEL：
症状 ☐ あり () ☐ なし	妊娠・出産 ☐ 特別な管理は必要なし ☐ 医師への相談必要 ☐ 妊娠・出産は進めない その他	健康状態 身長： 体重： 脈拍： 血圧 右： 左：
今後起こりうること（病態・病状の変化）、合併症について ☐ あり () ☐ なし	お酒・たばこ ☐ 制限あり ☐ 制限なし 車の免許取得	必要な検査項目
緊急受診のタイミング		
対処方法		