

医療機関／利用施設

記入日 2010年 〇月 〇日

病気・症状	担当医師		薬	飲ませ方
かかりつけ医 ・内科 ・精神科	名称	〇〇医院	〇〇 〇〇 〇〇	食後3回 食前3回 興奮時に
	所在地	〇〇区〇〇		
	電話	03-0000-0000		
	主治医	〇〇先生		
耳鼻科	名称	〇〇医院	〇〇	花粉症時期に
	所在地	〇〇区〇〇		
	電話	03-0000-0000		
	主治医	〇〇先生		
歯の検診 (半年に1回程度)	名称	〇〇医院		
	所在地	〇〇区〇〇		
	電話	03-0000-0000		
	主治医	〇〇先生		
	名称			
	所在地			
	電話			
	主治医			

その他、病気や薬に関することについて

- ・〇〇〇の薬は飲ませないでください ・薬とおくすり手帳は台所の棚にまとめて保管してあります
- ・大きな錠剤やカプセル薬は、ゼリー状のオブラートをを使うとうまく飲めます
- ・冬の乾燥する時季には、肌がかゆくて眠れなくなるので〇〇を塗布します

【利用施設の概要】

名称	〇〇生活介護
所在地	〇〇区〇〇
電話	03-0000-0000
支援スタッフ	〇〇さん、〇〇さん

名称	
所在地	
電話	
支援スタッフ	

名称	
所在地	
電話	
支援スタッフ	

名称	
所在地	
電話	
支援スタッフ	

医療機関／利用施設

記入日 年 月 日

病気・症状	担当医師		薬	飲ませ方
	名称			
	所在地			
	電話			
	主治医			
	名称			
	所在地			
	電話			
	主治医			
	名称			
	所在地			
	電話			
	主治医			
	名称			
	所在地			
	電話			
	主治医			
その他、病気や薬に関することについて				

【利用施設の概要】

名称		名称	
所在地		所在地	
電話		電話	
支援スタッフ		支援スタッフ	
名称		名称	
所在地		所在地	
電話		電話	
支援スタッフ		支援スタッフ	