

同意書

ご本人・ご家族・医療関係者・介護関係者などの中で情報交換を行う
「わたしの健口手帳」のしくみを理解し、作成・活用に同意します

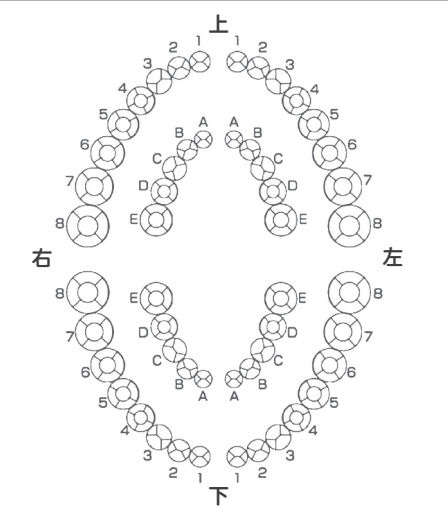
(ご署名) _____ (本人・代)

自身の記録

ふりがな				男・女
氏名				
生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日(歳) 血液__型
住所	〒			
	電話			
勤務先	〒			
	電話			
緊急時連絡先	氏名			
	電話		携帯	
避難場所				
家族の集合場所				
家族の連絡先	氏名	続柄	連絡先	
	氏名	続柄	連絡先	
コロナワクチン 接種記録	1回目)	年	月	日
	2回目)	年	月	日
	3回目)	年	月	日
【薬の情報・服薬歴】※継続的服用しているお薬 過去に継続的に服用していたお薬について				
<input type="checkbox"/> 血圧の薬	(薬剤名		現在服用・以前	歳ごろ)
<input type="checkbox"/> 心臓の薬	(薬剤名		現在服用・以前	歳ごろ)
<input type="checkbox"/> 血液抗凝固薬	(薬剤名		現在服用・以前	歳ごろ)
<input type="checkbox"/> 不整脈の薬	(薬剤名		現在服用・以前	歳ごろ)
<input type="checkbox"/> 胃の薬	(薬剤名		現在服用・以前	歳ごろ)
<input type="checkbox"/> 糖尿病の薬	(薬剤名		現在服用・以前	歳ごろ)
<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬	(薬剤名		現在服用・以前	歳ごろ)
<input type="checkbox"/> ステロイド剤	(薬剤名		現在服用・以前	歳ごろ)
<input type="checkbox"/> アレルギー歴	(発生時期	原因)	
	(薬剤名		現在服用・以前	歳ごろ)
【既往歴】				

歯科受診・健診の記録

この記録は、非常時において健康(命)を守るために必要な情報となります
歯科受診時に持参し、年に1回を目安に記入してもらいましょう

医療機関名	受診日	記入者
<p>【口腔ケアに関すること】</p> <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ その他 _____		
<p>【口腔状態で気になることを記入】</p>  <p>○:処置歯 C:未処置歯 ×:欠損歯 V:インプラント</p>		

※本人・家族・医療関係者・介護関係者などの記入欄	
記入者 職 種	年 月 日 特記事項
記入者 職 種	年 月 日 特記事項
記入者 職 種	年 月 日 特記事項
記入者 職 種	年 月 日 特記事項
記入者 職 種	年 月 日 特記事項