

診療について	<input type="checkbox"/> 嘱託医のみ <input type="checkbox"/> 嘱託医と併診 <input type="checkbox"/> かかりつけ医のみ		
嘱託医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 医院名： _____ 医師名： _____ <input type="checkbox"/> 医院名： _____ 医師名： _____		
		最終受診日 年 月 日	処方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
かかりつけ医	電話 _____	年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	電話 _____	年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 痛風（高尿酸血症） <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 痛風（高尿酸血症） <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
手術歴	手術日(入院時期) / 年齢	内容・疾患	病院	体内金属
				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
上記以外の入院歴				

アレルギー歴	薬			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	食品 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他 (_____) その他 _____		
感染症関連	HBS抗原(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) HCV抗体(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他			
	新型コロナウイルス(Covid-19) ワクチン接種 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済 (_____ 回) 最終接種日 (_____)			

蘇生処置	心肺停止の際の蘇生処置	<input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 確認書面あり <input type="checkbox"/> 確認書面なし) <input type="checkbox"/> 希望しない (<input type="checkbox"/> 確認書面あり <input type="checkbox"/> 確認書面なし) <input type="checkbox"/> 現時点では決めかねる		
	患者・家族の確認	氏名	続柄	最終確認日
蘇生処置について		※希望しない、現時点では決めかねるを選択している場合でも 施設職員が119番通報した場合は、蘇生処置を行いながら病院へ搬送します。		
病院内での延命治療について		・気管内挿管(人工呼吸管理)を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 現時点では決めかねる		

【備考】