

大切な情報

※ご自身のために必ずご記入ください。

●氏名 (男・女)

●生年月日 年 月 日

●血液型 A ・ AB ・ B ・ O型 (Rh + ・ -)

●住所 〒 -

●電話番号 - -

●緊急時の連絡先 - -

●副作用歴 (有 ・ 無)

・

・

●アレルギー歴 (有 ・ 無)

お薬 食べ物

花粉症

●「処方せん」使用期間は、発行日を含め **4** 日間です。

●手帳は必ず **1** 冊にまとめましょう。

大切な情報

わたしの
お薬手帳

※該当する場合、医師より お願いします。

抗コリン剤禁忌

抗凝固薬 (ワルファリン・抗血小板薬) の服用

ビスホスホネート剤の服用

アリセプト錠などの服用

スtent留置

CKD

慢性肝疾患

その他

.....
.....

義歯装着記録

処置日 . .

処置日 . .

部位:

部位: