医療・介護状況

記載者　　記入日　年　月　日

※この手帳を使用することにご同意いただいたところが記入してください。

既往歴 （今までの病気・けが）	□心臓疾患　□脳血管疾患　□高血圧　□糖尿病 □その他（　　）
治療中の病気	□心臓疾患　□脳血管疾患　□高血圧　□糖尿病 □その他（　　）
診断名	診断した医療機関名（　　） 診断名（　　）
通院中の医療機関	
病気の経過	
アレルギー	□無　□有　（お薬：　　食物： その他：　　）
介護認定	□未申請　□非該当（自立）　□要支援（1・2） □要介護（1・2・3・4・5）　（　年　月　日現在）
障害者手帳	□無　□有（身・知・精）（等級：　　）
自立支援サービス	□利用無　□利用有 （内容：自立支援医療・介護給付・訓練等給付・その他）
徘徊への対応	徘徊SOS事前登録　□無　□有 GPS活用　□無　□有