

診断・治療歴

これまでの主な診断名、治療の経過、検査結果などを記録します。

No.	診断名	診断年月日	診断医療機関・医師名	主な治療内容・経過(手術、薬物療法、リハビリなど)	主な検査結果・所見・現在の状況・今後の治療方針	備考
1		年 月 日				
2		年 月 日				
3		年 月 日				
4		年 月 日				
5		年 月 日				
6		年 月 日				
7		年 月 日				
8		年 月 日				
9		年 月 日				
10		年 月 日				

使用中の薬

これまでの主な診断名、治療の経過、検査結果などを記録します。

No.	薬の名称 (一般名/商品名)	形状(錠剤、 粉、液体、吸入、 外用など)	1回の 量・濃度	用法 (1日何回、 いつ、どのように)	処方開 始日	処方目的・ 効果	副作用 (あれば)	処方医療機関・ 医師名	備考
1					年 月 日				
2					年 月 日				
3					年 月 日				
4					年 月 日				
5					年 月 日				
6					年 月 日				
7					年 月 日				
8					年 月 日				

予防接種の状況

母子健康手帳の予防接種記録のコピーを貼付していただければ十分です。

すべてを本紙に転記する必要はありません。例えば、体調の都合で受けられなかった、などといったことも、記載いただくとふとしたときに役に立つかと思われます。

ワクチンの種類	1回目 接種日	2回目 接種日	3回目 接種日	追加 接種日	罹患年月日	備考 (アレルギー等)
	1回目 医療機関	2回目 医療機関	3回目 医療機関	追加 医療機関		
BCG	年 月 日	—	—	—	年 月 日	
DPT-IPV (四種混合)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
IPV (不活化 ポリオ)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
MR (麻しん・ 風しん混合)	年 月 日	年 月 日	—	—	年 月 日	
日本脳炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
ヒブ	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
小児用 肺炎球菌	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
水痘	年 月 日	年 月 日	—	—	年 月 日	
B型肝炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	—	年 月 日	
ロタウイルス	年 月 日	年 月 日	年 月 日	—		
おたふくかぜ (任意)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
インフルエンザ (毎年)	年 月 日	年 月 日	—	—	年 月 日	
新型コロナ ウイルス	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

