

# 私のカルテ

地域連携パス名称	がん地域連携クリティカルパス( )
----------	-------------------

患者氏名	
------	--

区 分	病 院 名	カルテ番号
計画策定病院(基幹病院)		
連携医療機関(かかりつけ医)		

<p>&lt;添付資料&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 「地域連携クリティカルパス」に関する説明書・同意書</li><li>2. 地域連携診療計画書</li><li>3. 診療情報共有書(診療情報提供書)</li><li>4. 医療者用治療記録シート</li><li>5. 患者さま用自己チェックシート</li></ol>
--

## わたしのプロフィール

患者名	(カナ)			
	(漢字)			
性別・生年月日	男・女			
住所				
電話番号				
緊急連絡先電話番号				

血液型		身長・体重	cm	kg
-----	--	-------	----	----

## 今までにかかった病気

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> アレルギー疾患( )	<input type="checkbox"/> 心臓の病気( )		
<input type="checkbox"/> その他( )			

## アレルギー歴

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
--

## 薬の副作用情報

くすり名	症	状	いつごろ