A-3 基本情報(私の療養シート)　名前　記入日:20　年　月　日／記入者

◎今の私の病気や、のんでいる薬などを把握し、健康で安全に暮らせるように支援してください。

（薬剤情報提供シートがある場合は、コピーをこのシートの裏に添付してください。）

かかり始めた年月日 病院・医院名 （連絡先）	医師	受診回数 月_回 週_回	通院方法 (所要時間) 徒歩、自家用車など、往診は「往」	私の病名 高血圧や糖尿病は、今の数値を記入しよう。	私がのんでいる薬の名前 （何の薬かも記入） 薬剤名と使用目的 例：〇〇(血圧を下げる)	回数・量 3回/日、各1錠又は頓服、点眼等	医療機関から気をつけるようにいわれていること 水分をとる、塩分を控えるなど	私の願いや支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと 〇支援者が気づいたこと、支援のヒントやアイデア

過去に治療を受けた病気（今の暮らしに配慮が必要な病気や感染症）	
年　月	病 名

今の暮らしの中で気をつけていること（アレルギーや禁忌なども記入）

※便秘しないため、足が弱らないためなど、本人や家族が気をつけていることを具体的に記入しよう。

※支援者とは、本人を支える人（介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等）であり、立場や職種を問わない。

©認知症介護研究・研修東京センター(1305)