

# あなたのカルテ

「あなたのカルテ」は当院で初診時に御記入頂く書類です。

「診療申し込み書」にあたりますが、診察後に患者様にお返しいたします。基本的な個人情報としてお薬手帳や保険証と一緒に携帯して下さい。

この冊子から取り外しても御利用頂けます。

あなたのカルテ（おとな用）		記入者:	
		記入日:	
住所			
フリガナ		年齢	性別
名前		男・女	自宅・携帯電話番号
			血液型
西暦 明治・大正・昭和・平成	年 月 日生	お仕事歴や技能	
必ず連絡を取りたい人はだれですか（緊急連絡先）		住所	
名前（ ）続柄（ ）		都道府県 市区郡	
		自宅電話・携帯（ ）	
持病はありますか	有・無	下の病気にかかったことがありますか。	
高血圧	有・無	ガン	有・無
脳卒中	有・無	肺の病気	有・無
糖尿病	有・無	胃ちょう病	有・無
心ぞう病	有・無	肝ぞう病	有・無
結核	有・無	腎ぞう病	有・無
ふだん薬を 飲んでいますか	飲んでいない	飲んでいない	
	飲んでいる	飲んでいる	
	お薬手帳あり	おくすり名	
かかりつけ医はありますか	有・無	市・町・村	病院・医院
入院した事がありますか	有・無	どんな病気	
手術した事がありますか	有・無	どんな手術	
輸血(ゆけつ)した事がありますか	有・無	緊急時に輸血をしても良いですか	はい・いいえ
体の中に機械が入っていますか	有・無	ペースメーカー/金属の固定具/その他	
麻酔をした事がありますか	有・無	副作用	あり・なし
おくすりや食べ物 のアレルギーはありますか	有・無	くすり( )・注射( ) ぜんそく・アトピー・花粉症(スギ・シラカバ・その他) 食べ物( )その他( )	
お酒は飲んでいましたか	有・無	(酒の種類: )を週に( )日・いまも毎日	
たばこは吸っていましたか	有・無	1日( )本を( )才まで・今も吸っている	
現在妊娠中ですか	はい・いいえ	現在授乳中ですか	はい・いいえ
その他お医者さんに 伝えたいこと			
あなたのカルテは大切な医療情報です。いつも必ず携帯して下さい。			
緑町診療所 電話0123-29-3383 FAX 0123-29-3385			
			当院HPQR

## 医療チェックの記録(医療者用)

この方を診察された医療関係者の方は記入をお願いいたします。

【問題リスト/特記事項】

医療従事者用 記載SOAP

医療従事者用 記載SOAP

あなたのカルテ (おとな用)		記入者:	緑 太郎		
		記入日:	2020/4/1		
住所	〒066-0074 北海道千歳市緑町1丁目3-30めでるちとせ				
フリガナ	ミドリ タロウ		年齢	性別 <input checked="" type="radio"/> 自宅 携帯電話番号	
名前	みどり たろう		65才 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	080 1234 1234	
		血液型	<input checked="" type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> O		
西暦	明治・大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	年 月 日生	お仕事歴や技能 退職 自衛官		
必ず連絡を取りたい人はだれですか (緊急連絡先)		住所			
名前 みどりはなこ 続柄 ( 妻 )		北海道 都道府県 札幌 市区郡			
		<input checked="" type="radio"/> 自宅電話 <input type="radio"/> 携帯 011-1234-1234			
持病はありますか	有・無	下の病気にかかったことがありますか。			
高血圧	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	ガン	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	血えきの病気	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
脳卒中	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	肺の病気	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	婦人科の病気	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
糖尿病	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	胃ちょう病	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	こころの病気	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
心ぞう病	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	肝ぞう病	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	その他の病気	
結核	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	腎ぞう病	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
ふだん薬を	飲んでいない		飲んでいる	アムロジピン	
飲んでいきますか	<input checked="" type="radio"/> 飲んでいない <input type="radio"/> 飲んでいる		お薬手帳あり	おくすり名	メトグルコ ピンクの薬?
かかりつけ医はありますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	札幌 市・町・村		桃野	病院・医院
入院した事がありますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	どんな病気		糖尿病	
手術した事がありますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	どんな手術			
輸血(ゆけつ)した事がありますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	緊急時に輸血をしても良いですか		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
体の中に機械が入っていますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	ペースメーカー/金属の固定具/その他			
麻酔をした事がありますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	副作用	あり <input checked="" type="radio"/> なし		
おくすりや食べ物の	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		くすり( )・注射( )		
アレルギーはありますか			ぜんそく・アトピー	<input checked="" type="radio"/> 花粉症 (スギ・シラカバ)	その他 ( )
食べ物( )			その他 ( )		
お酒は飲んでいましたか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	(酒の種類: ビール・焼酎水割り) を週 日 <input checked="" type="radio"/> いまも毎日			
たばこは吸っていましたか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	1日 ( ) 本を ( ) 才まで <input checked="" type="radio"/> 今も吸っている			
現在妊娠中ですか	はい・いいえ		現在授乳中ですか	はい・いいえ	
その他お医者さんに	なし				
伝えたいこと					
あなたのカルテは大切な医療情報です。いつも必ず携帯して下さい。					
緑町診療所 電話0123-29-3383		FAX 0123-29-3385		当院HPQR	

# 医療チェックの記録(医療者用)

この方を診察された医療関係者の方は記入をお願いいたします。

## 【問題リスト/特記事項】

#1 狭心症バイパス後 #3 心房細動 #3 糖尿病 #4 脳梗塞  
#5 食物アレルギー #6 COPD 疑い

医療従事者用 記載SOAP /サイン

医療従事者用 記載SOAP /サイン

処方確認しました。

医師A

感冒症状あり 37度

保健師

A 医師 受診

B山

子どもカルテ (子ども用)		記入者:	記入した日:
住所はどこですか			
フリガナ		年齢	性別
名前		才	男・女
			血液型
		A・B・AB・O	
		分からない	
誕生日	西暦・平成 年 月 日生	最近の体重 Kg	
かぞく/保護者の名前 (緊急連絡先)		住んでいる所	
名前 ( ) 続柄 ( )		でんわ	
生まれた時からの病気がありますか	有・無	お子さんの妊娠・出産時に問題がありましたか	有・無
過去の検診の異常	有・無	下の病気に かかったことがありますか。	
小児ぜんそく	アトピー性皮膚炎	てんかん・けいれん	
才から	才から	才から	
食べ物のアレルギー	ペット/植物アレルギー	お薬のアレルギー	
ふだんはお薬を飲んでいますか	有・無	の薬	
かかりつけ医はありますか	有・無	千歳市・町・村	病院・医院
入院した事がありますか	有・無	病名	
手術を受けた事がありますか	有・無	手術名	
その他お医者さんに伝えたいこと	( )		
保護者の方へ：お子様の大切な医療情報です。 必ず携帯して下さい。			
医療関係者の方へ：使用後は、保護者の方へ返却をお願いいたします。			
千歳市緑町診療所 電話0123-29-3383 FAX 0123-29-3385			当院HP QR

## 医療チェックの記録(医療者用)

この方を診察された医療関係者の方は記入をお願いいたします。

【問題リスト/特記事項】

医療従事者用 記載SOAP /サイン

医療従事者用 記載SOAP /サイン



子どもカルテ (子ども用)		記入者:	記入した日:
		母	
住所はどこですか	千歳市緑町1-2-3		
フリガナ	みどり いちろう	年齢	性別
名前	みどり一郎	8才	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
誕生日	西暦 <input checked="" type="radio"/> 平成 19年 1月 1日 生	血液型 <input checked="" type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> O 分からない	
かぞく/保護者の名前 (緊急連絡先)		最近の体重21Kg	
名前 (花子) 続柄 (母)		住んでいる所	
		千歳市緑町1-2-13	
		でんわ080-1234-5678	
生まれた時からの病気がありますか	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	お子さんの妊娠・出産時に問題がありましたか	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
過去の検診の異常	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	下の病気に かかったことがありますか。	
<input checked="" type="radio"/> 小児ぜんそく	アトピー性皮膚炎		<input checked="" type="radio"/> かんかん・けいれん
2 才から	( ) 才から	熱性けいれん1才	
<input checked="" type="radio"/> 食べ物のアレルギー	ペット/植物アレルギー		お薬のアレルギー
ホタテ	スギ		
ふだんはお薬を飲んでいますか	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	( ぜんそくの吸入 ) の薬	
かかりつけ医はありますか	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	千歳市・町・村 緑町診療所 病院・ <input checked="" type="radio"/> 医院	
入院した事がありますか	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	病名	
手術を受けた事がありますか	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	手術名	
その他お医者さんに伝えたいこと	(学校の検診で心臓に穴が開いていると言われた)		
保護者の方へ：お子様の大切な医療情報です。 必ず携帯して下さい。			
医療関係者の方へ：使用後は、保護者の方へ返却をお願いいたします。			
千歳市緑町診療所 電話0123-29-3383 FAX 0123-29-3385			当院HP QR

# 医療チェックの記録（医療者用）

この方を診察された医療関係者の方は記入をお願いいたします。

## 【問題リスト/特記事項】

# 1 小児ぜんそく・スギ花粉症      # 2 食物アレルギー

# 3 中隔欠損？（特に問題は無いようです。）

医療従事者用 記載SOAP /サイン

医療従事者用 記載SOAP /サイン

4/11 # 3 心房中隔欠損疑い			
〇〇私立病院の小児科にて	医療チーム		
経過観察中	I 谷 Dr		
4/26 吸入薬届けました	薬剤師 O 沢		
4/28 風邪気味との事。SPO2	保健師		
仮設診療所受診を案内しました。	K 藤		

## 保護者の皆様へ

緊急時には、いつも診てくれている  
小児科のお医者さんだけではありません。

「子どもカルテ」には

お子さまを初めて診察するお医者さんが  
知りたいことがたくさん詰まっています。

大切なお子さんの心と体を守るために、できるだけ  
書き込んで、いつも持ち歩いて下さい。

お子さんの本当の主治医は保護者の皆さんです。



〒066-0074

北海道千歳市緑町1丁目3-30

めでる千歳

電話 0123-29-3383

FAX 0123-29-3385



GREEN TOWN CLINIC

緑町診療所

# 皆さんへ



これからどこへ行っても、どんな医療機関に行くことになっても、  
あなたの出会う最初のお医者さん、看護師さん、保健師さん、救急隊員の方  
みんなが知りたいあなたの事、それがこの一枚に詰まっています。

できるだけ書き込んでいつも持ち歩きましょう。  
みんながあなたを支えたい、助けたいと願っています。  
だから、あなたのお体について教えてください。

いざという時、あなたの体を守るのは、あなた自身です。

## 「あなたのカルテ」 の記入のしかた



- 1) まずは分かる範囲で御自分で書き込んでみましょう。  
とくに持病やアレルギー、いつも飲んでいるお薬の情報は大切です。
- 2) 分からないところは御家族や、お医者さん、看護師さん、職員にたずねてくださ  
い。
- 3) 完成した「あなたのカルテ」は大切なあなたの医療情報です。  
常に一緒に持ち歩いて下さい。

〒066-0074

北海道千歳市緑町1丁目3-30

めでの千歳

電話 0123-29-3383

FAX 0123-29-3385



GREEN TOWN CLINIC

緑町診療所