２．医療情報（目次）

* 1. 医療機関一覧
	2. 医療機関の相談記録
	3. 服薬状況

２－１．医療機関一覧

氏名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期間 | 医療機関名 | 科 | 主治医 |
| R〇年〇月　～ | 〇〇クリニック | 精神科 | 〇〇Dr. |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |
| 　　年　　　月　～ |  |  |  |

２－２．医療機関の相談記録

氏名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談日 |  | 機関名（担当者） |  |
| 相談内容 | 助言、アドバイス |
| 相談日 |  | 機関名（担当者） |  |
| 相談内容 | 助言、アドバイス |
| 相談日 |  | 機関名（担当者） |  |
| 相談内容 | 助言、アドバイス |

２－３．服薬状況

〇薬の説明書を次のページにつづっていきましょう。

〇薬の変更や増薬、減薬などがあれば、その都度つづってください。

〇手書きしておきたい方、補足しておきたいことなどある方は、メモ欄をご活用ください。

＜メモ欄＞