学籍番号　　　　　　氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 性別 | | 年代  年生まれ |
| アレルギーの有無  無　・　有　　（　　　　　） | | 感染症の有無  無　・　有　　（　　　　　） | |
| 職業 | | 医療保険の種類 | |
| 家族背景（同居の家族は〇で囲む） | | | |
| 診断名 | | 既往歴 | |
| 治療方針・治療内容（医師からの説明含む） | | | |
| 主訴・入院までの経緯／入院から受け持つまでの治療経過 | | | 使用している薬剤 |
| どんな人か（対象の状況を知るために必要な情報） | | | |