

| | | | |
|---|--|---|--|
| 診断名 | | 外来受診間隔 () | 内服治療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 自分の病気の理解 [] 発症年齢 () 歳 手術歴 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし その他の治療 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし 現在の治療 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 内服治療 その他 () | | 公費助成制度・手帳 <input type="checkbox"/> 公費助成 () <input type="checkbox"/> 手帳 () | 薬品名 () () () |
| | | 日常生活で気を付けること <input type="checkbox"/> 運動制限 () <input type="checkbox"/> 食事制限 () <input type="checkbox"/> 禁止事項 () | 副作用 () () <input type="checkbox"/> 内服治療以外（注射など） () |
| 今後の治療予定 <input type="checkbox"/> 内服治療継続 <input type="checkbox"/> 手術予定 <input type="checkbox"/> 検査予定 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他 () | | 職業 <input type="checkbox"/> 制限なし () <input type="checkbox"/> 選択が必要 () | 現在通院してる医療機関 病院名 () TEL () |
| 症状 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし () | | 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 特別な管理は必要なし <input type="checkbox"/> 医師に相談が必要 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産はすすめない その他 () | 健康状態 身長 () 体重 () 脈拍 () 血圧 () 右・左 |
| 今後起こりうること（病態・症状の変化）合併症について <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし () | | お酒 <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり | 必要な検査項目 |
| 緊急受診が必要な症状や状態、受診のタイミング [] | | たばこ <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり | |
| 対処方法 [] | | 車の免許 <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 医師へ相談 | 実施している医療的ケア |