実施日: 平成23年 月 日

| No. |
|-----|
|-----|

治療薬確認票

| 区画名 | 担当者氏名 | | | | | |
|---------------------------------------|------------|-----------------------|------|-----|---|--|
| 氏 名: | | 生年月日:明治·大正·昭和·平成 男 | | | | |
| | 女 | 年 | 月 | 日生 | 歳 | |
| 住 所: | | | | | | |
| 電話番号: | | | | | | |
| ≪保険証≫ 保険者番号 | | ≪勤務先名≫ | | | | |
| 記号・番号 | | | | | | |
| ≪もらっていた薬の名前≫ | ≪ ħ | 目談事項等≫ | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | ≪∄ | ≦師等への申送り事 | 項≫ | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| <u>残薬 日欠</u> お薬手帳 (有・無) / 薬情 (有・無 | | | | | | |
| 《副作用の経験》(有・無) | | プレルギーの経験≫ | (有・無 | ₹) | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| NΤο | | |
|-----|--|--|
| No. | | |

治療薬確認票

区画名 避難所内の居室・区画を記入

実施日: 平成23年 月 日

担当者氏名 〇〇 〇〇

| _{| 里} | ²

生年月日:明治・大正・昭和・平成

氏 名: 被災者氏名

女

年 月 日生

歳

住 所: 以前住んでいた住所を記入

電話番号: 携帯電話など、現在連絡がとれる電話番号

≪保険証≫ 保険者番号

≪勤務先名≫

持参していれば記入

分かれば記入

記号·番号

ないとき、「なし」または「不明」

≪もらっていた薬の名前≫

1) ABC錠OOmg 2T

1日2回 朝夕食後

 DEFカプセル 1P (代表的な先発品名)

1日1回 寝る前

3) **GHI吸入剤**ΟΟ μg

1回 ××吸入

- 規格、用法は正確に
- ジェネリックは、先発品名 も記入

≪相談事項等≫

例)避難所近くの専門医を紹介して ほしい⇒○○クリニックを紹介

≪医師等への申送り事項≫

例)服薬方法等の理解は良好の様で す。お薬手帳をお持ちですので、ご 確認をお願いします。

残薬 〇 日分

お薬手帳(有・無)/ 薬情(有・無)

≪副作用の経験≫ (有・無)

≪アレルギーの経験≫(有・無)