

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 2 3 年 月 日	
氏 名： 被災者氏名		男 女	担当者氏名 ○○ ○○ 生年月日：明治・大正・昭和・平成 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》	
記号・番号		持参していれば記入 分かれれば記入 ないとき、「なし」または「不明」	
《もらっていた薬の名前》 1) A B C 錠○○mg 2 T 1 日 2 回 朝夕食後 2) D E F カプセル 1 P (代表的な先発品名) 1 日 1 回 寝る前 3) G H I 吸入剤○○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 残薬 ○ 日分 お薬手帳（有・無）／ 薬情（有・無）		《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。	
《副作用の経験》（有・無）		《アレルギーの経験》（有・無）	