確認メモ 

記入日：　　年　　月　　日

1 いちばん、聞きたいこと



2 いちばん困っている症状（いつから、どこが、どのように、どのくらい、どんな時に変化する）

その他の症状（ 例、発熱 37.8℃、軽い吐き気、下痢など）



3 医師へ伝えておきたいこと（あなたの基本情報）

（ 治療中の病気・過去の入院・手術歴、アレルギーや薬の副作用、内服中の薬（お薬手帳）・市販薬・サプリメント、平熱、普段の血圧、過去の健康診断結果、家族の病気、女性は妊娠中（妊娠週数）または授乳中など）



4 医師・医療スタッフに確認したいこと

（ 例、病名、検査や治療の効果やリスク・今後の見通し・気を付けること・医療費など）



5 治療について、自分の希望や大切にしたいこと（ 例、保険診療を希望。入院はしたくないなど）



6 薬局で確認したいこと



この受診で伝えた ・ 確認した相手

医療機関名：	診療科：	受診日：	年　月　日
医　師　名：	その他（		）
薬　局　名：		確認日：	年　月　日
薬 剤 師 名：	その他（		）