**医療履歴フォームテンプレート**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者名** |  |  | **最終更新日** | メディカル 歴史 形 |
|   |   |
| **現在の医師名** |  |  | **電話** |
|   |   |
| **現在の薬局名** |  |  | **電話** |
|   |   |
| 現在および過去の投薬 |
| **薬名** | **投与量** | **周波数。** | **医者** | **始める**  | **終了日** | **目的** |
|   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
| 手術 |
| **プロシージャ** | **医者** | **病院** | **日付** | **筆記** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 主な病気 |
| **病気** | **始める**  | **終了日** | **医者** | **治療ノート** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 予防 接種 |
| **名前** | **日付** |  | **名前** | **日付** |  |
| 破傷風 |   |  | 髄膜炎 |   |  |
| インフルエンザワクチン |   |  | 黄熱 |   |  |
| ゾスタヴァックス |   |  | ポリオ |   |  |
| 他： |   |  | 他： |   |  |

|  |
| --- |
| **免責事項**Web サイト上で Smartsheet から提供される記事、テンプレート、または情報は参照用です。情報を最新かつ正確に保つよう努めていますが、当サイトまたはウェブサイトに含まれる情報、記事、テンプレート、関連するグラフィックスに関する完全性、正確性、信頼性、適合性、または可用性について、明示または黙示的ないかなる表明も保証も行いません。したがって、そのような情報に対する信頼は、お客様の責任で厳重に行われます。 |