

日本病院会は、患者さんの医療への理解を高め、病気に対して主体的に取り組んでいただくことを目指して、患者向け診療手帳『私のカルテ』を作成しました。この手帳の携帯を進めることで、全国どこの病院に行かれても、これまで受けられた医療内容や体の特性の一部がわかるような診療システムを作りたいと考えています。

今回、手帳の全文を掲げます。

患者さん自身が自己のからだの情報を、この手帳を通して管理されることをお勧めします。

医療機関の皆様には、自院に相応しい診療手帳を作られる際の参考にしていただければと思います。



# 私のカルテ

氏 名 \_\_\_\_\_

## ご利用にあたって

このたび日本病院会は、より良い医療の実現を願い、会員病院を通じて、患者さん用の診療手帳『私のカルテ』を発行することになりました。

この手帳は、「私のからだについて」、「主な疾病の記録」、「健康日記」、「医療機関の受診記録」、「主な検査の記録」、「基本健康診査の記録」、「薬などの記録」、「医療費の記録」、「医療機関・調剤薬局などとの通信欄」などから構成されています。

つまり、あなた自身の大切な健康記録であるこの手帳を見れば、現在あなたがどのような病状にあり、どのような検査がな

医療機関名	
所在地	
T E L	
かかりつけ医名 (診療科目)	
医療機関名	
T E L	
記録期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 No.

平成14年12月1日

社団法人 日本病院会  
〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3  
TEL. 03-3265-0077 FAX. 03-3230-2898  
<http://www.hospital.or.jp/>

株式会社 日本病院共済会  
〒102-0082 東京都千代田区一番町13-2  
TEL. 03-3264-9888 FAX. 03-3222-0016  
<http://www.nichibyو.jp/>

され、どのような薬を服用しているのかが、一目でわかるのです。そのためにも、この手帳に、受診している医療機関での診療内容を医師から十分に説明を受け記入しておきましょう。日常生活で起こったからだの変化をあなた自身で記録しておけば、医師に正確に病状を伝えることができます。また、前もって聞きたいことをメモしておけば、受診の際に大変便利です。

わたくし達は、あなたの健康に関する全ての情報がまとめられているこの手帳をみることによりあなたの診療の参考にします。

いうまでもなく、医療は、患者さんと医療提供者の信頼関係の上に成り立つものであり、しかも、患者さんが納得されてはじめて進められるものです。

この手帳を通してあなたが医療に参加され、相互理解と相互信頼が深まることを期待しております。

あなたがあなたのからだの責任者です。

さあ、あなた自身のカルテを完成させてください。日本病院会は、あなたの健康な生活を願い、より良い医療を追い求めます。

社団法人 日本病院会

# 「私のカルテ」の構成と記入方法

## 「私のカルテ」推進委員会

**医療機関名** 表紙裏の下欄に、この手帳を発行された医療機関の名前と住所、かかりつけの医師名、手帳を受け取られた日付を記入してください。医療機関でハンコを押してもらっても結構です。

**私のからだについて**（8頁目）は、お名前、性別、生年月日、ご住所、電話番号を記入してください。緊急時連絡先には、急にお体の調子が悪くなったときに、まず一番にご連絡なさいたい方のお名前と続柄及び電話番号を記入してください。医療機関の方で連絡を取らせていただきます。

「身体及び嗜好について」は、以下のように記入してください。

- ・血液型：  
（A, B, O, AB）のいずれかと、Rh（+か-）のいずれか。
- ・アレルギー歴：  
食品アレルギーがある場合は、その品名。  
薬剤アレルギーがある場合は、その薬品名。  
花粉症や喘息や蕁麻疹がある場合は、そのアレルギー病名。
- ・予防接種歴：  
インフルエンザや日本脳炎など、最近、お受けになったもの。
- ・輸血歴：  
輸血をお受けになったことの有無と、有りの場合はその時期。
- ・家族歴：

MEMO

ご家族にご病気（高血圧・糖尿病・ガンなど）がありましたら記入してください。

喫煙・飲酒の有無も治療上参考になりますので、記入してください。

**主な疾病の記録**（9頁目）は、

・既往歴：

現在も含めて、いままでにかかった病気のことです。その病名と発病した年月日を記入してください。治癒していれば、その年月日もお書きください。

・入院歴：

入院したことがおありでしたら、その病名と入退院日を記入してください。

・手術歴：

手術をお受けになったことがあれば、その病名と手術名（たとえば、胃潰瘍と胃切除術）を記入してください。

**健康日記**（10頁目）は、「頭が痛かった」、「メマイがした」、「風邪を引いた」、「38 の熱がでた」、「下痢をした」、「便秘になった」、「薬を飲んだら、吐き気がした」、「食欲がない」、「夜眠れない」、「今日は調子が良かった」など、健康に関することどのようなことでも構いませんので、日記をつけるように書いてください。また、次回の受診時に医師に聞きたいことを記入するなど、備忘録としてお使いくださっても結構です。

**医療機関の受診記録**（18頁目）は、受診された医療機関名と

年月日を記入してください。また、その際に受けた治療内容(たとえば、点滴、投薬、検査、リハビリなど)を医師からわかりやすく説明を受け記入してください。

**主な検査の記録**(26頁目)は、お受けになった検査名(たとえば、血液検査、検尿、心電図、レントゲン、胃カメラなど)とその年月日、及び、目的を医師に尋ねて記入してください。また、その結果も、記入あるいは貼付しておきましょう。余白がない場合は、わかりやすく別綴じしてください。

**基本健康診査の記録**(34頁目)は、毎年、市町村や会社などがおこなっている基本健康診査をお受けになった場合は、その結果を書き写しましょう。

**薬などの記録**(38頁目)は、現在飲んでおられる薬や健康食品、あるいは嗜好品を記載する欄です。いつから服用しているかの年月日を記入してください。

- ・処方：いつも服用している薬なら「定期」、風邪を引いたときや下痢をしたときなど、臨時で服用している薬なら「臨時」、退院したときに処方された薬なら「退院時」を丸印で囲んでください。
- ・自己：医療機関で処方されたものではなく、ご自分の意思で購入されたもの場合は、「市販薬」、「健康食品」、「漢方」のいずれかを丸印で囲んでください。また、健康に関する嗜好品があれば記入してください。
- ・内容：医療機関で処方された薬は、その品名を医師、あるいは、調剤薬局薬剤師に聞き記入してください。受け取られた

往 信 (症状・質問事項など)	
.	. ~ 様へ
返 信 (対応・回答など)	
.	. ~ 様へ

往 信 (症状・質問事項など)	
.	様へ
返 信 (対応・回答など)	
.	様へ

一覧表を貼付して下さっても結構です。また、当該医療機関と担当医の名前、あるいは調剤薬局と薬剤師の名前も記載してください。それ以外の薬や健康食品の名前と販売店名は、ご自分で記入してください。

**医療費の記録** (46頁目) は、病院や調剤薬局でお支払いになった医療費を記録する欄です。家計簿のように毎回記入していけば、ご自身の病気の診断や治療にいくらお金を費やしたかが、一目でわかります。領収書を貼付すれば (49頁目)、なにかのときに役に立つはずです。適正で効率的な医療を実現するためにも、この欄への記載をお勧めします。

**医療機関・調剤薬局などとの通信欄** (50頁目) は、医療を提供する側 (医療機関の医師や看護師、調剤薬局の薬剤師など) と医療を受ける側 (患者やその家族など) との連絡帳です。

- ・ 往信欄には：ご自分の気になる症状や質問したい事項を記入してください。ご本人の家族の方の質問や伝言でも結構です。また、ご本人の家での様子や病状についての医師から家族への質問や伝言を記入する場合があります。
- ・ 返信欄には：往信欄に記入されたことに対する回答を記載します。

なお、この通信欄を、伝えたいこと、聞きたいことを前もって記入する備忘録として使用すれば、医療機関を受診する際に便利です。



## 日本病院会の提唱する患者の権利に関すること

### 【公平に医療を受ける権利】

だれでも、どのような病気にかかった場合でも、個人的な背景に関係なく、良質な医療を公平に受ける権利があります。

### 【医師を選ぶ権利】

あなたは、医師や病院を自由に選ぶ権利があります。他の医師の意見（セカンドオピニオン）を求めることもできます。

### 【説明を受ける権利（インフォームド・コンセント）】

あなたは、あなたの病気や検査結果、治療内容、今後の見通しについて、あなたが理解できるわかりやすい言葉や方法で説明を受け、それを十分に納得したうえで、医療を受ける権利があります。

### 【情報開示を求める権利】

あなたは、診療録をはじめ、あなた自身の診療に関する情報の開示を求める権利があります。

### 【個人情報の保護を求める権利】

あなたは、あなたの診療に関する個人情報の秘密が守られるよう求める権利があります。また、病院内においては、プライバシーに配慮した療養環境の提供を求めることができます。

### 【研究途上にある医療を受ける場合】

研究途上にある医療に関し、その目的や危険性などについて、十分な情報提供を受けた上で、その医療を受けるかどうかを決める権利があります。また、何ら不利益を受けることなく、その医療をやめることができます。

往 信（症状・質問事項など）	
...	~  様へ
返 信（対応・回答など）	
...	~  様へ

往 信 (症状・質問事項など)	
~	様へ
返 信 (対応・回答など)	
~	様へ

## より良い信頼関係をつくるために

### 【病状の訴えは正確に】

より良い医療を受けるためには、医師をはじめとする医療提供者に対して、自覚症状や病歴など、あなた自身の健康に関する情報を正確に伝える必要があります。そのためには、伝えたいこと、聞きたいことをメモにまとめて準備しておくと便利です。

### 【医療にも不確実な面が】

医療には、不確実なことや限界があります。そのことを理解するために、治療方法について医師に説明を求め、あなた自身が選択する必要があります。

### 【納得できないときは質問を】

医師の説明を聞いても、よく理解できない場合は、何度でも質問し、納得したうえで医療を受けることが大切です。

### 【他の患者さんにも配慮を】

すべての患者さんが適切な医療を受けるため、医療制度や病院運営上の仕組みをご理解のうえ、他の患者さんに対する医療提供を妨げることがないようにご配慮をお願いします。

### 【退院後のことも相談を】

入院中の医療だけでなく、退院時期の見通しや在宅を含む退院後の療養生活について相談し、計画をたてることが大切です。医療費の支払いに関して経済的な心配がある場合も、病院に相談してみましょう。

# 私のからだについて

(フリガナ) -----	男・女
氏 名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒
	TEL
緊急時連絡先 (続 柄)	氏 名 ( ) TEL

## ■ 身体および嗜好について

血 液 型		RH	+ -
アレルギー歴			
予防接種歴			
輸 血 歴			
家 族 歴			

	身 長	体 重	体脂肪率	
平 . .				
平 . .				
平 . .				
平 . .				

(喫 煙) 有・無 (飲 酒) 有・無

往 信 (症状・質問事項など)	
. .	~ 様へ
返 信 (対応・回答など)	
. .	~ 様へ

往 信 (症状・質問事項など)	
. . .	様へ
返 信 (対応・回答など)	
. . .	様へ

## 主な疾病の記録

### 既往歴

病 名	発 病 年月日	治 癒 年月日	備 考

### 入院歴

病 名	入 院 年月日	退 院 年月日	備 考

### 手術歴

病 名 (手術名)	手 術 年月日	備 考

# 健康日記

健康に関することを自由に記録してください。

月 日

月 日

月 日

月 日

月 日

月 日

月 日

月 日

月 日

月 日

月 日

月 日

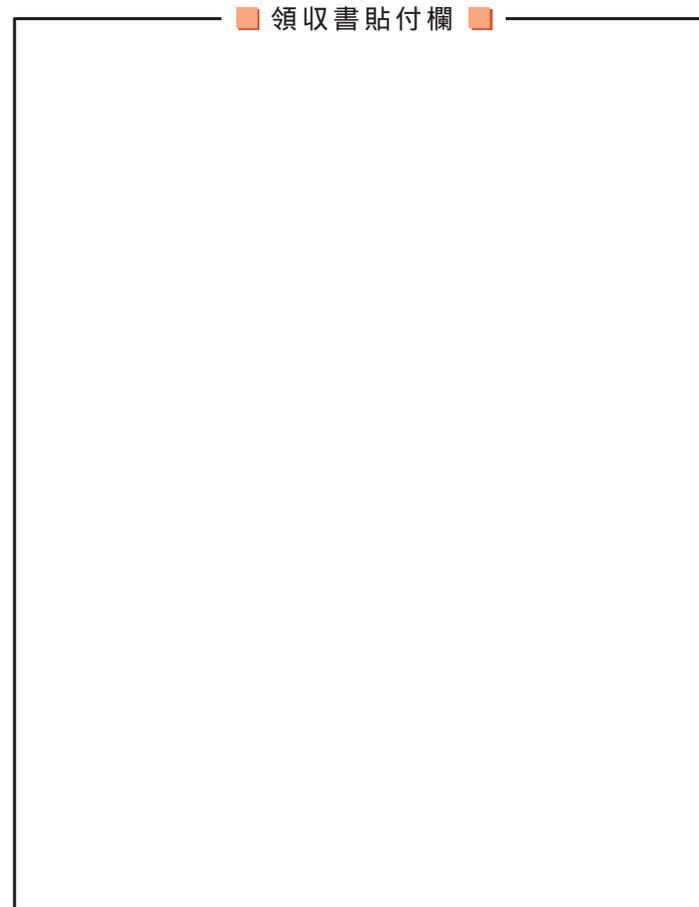
月 日

往 信 (症状・質問事項など)	
. . .	~ 様へ
返 信 (対応・回答など)	
. . .	~ 様へ



月	日
月	日
月	日
月	日
月	日
月	日
月	日
月	日
月	日
月	日
月	日
月	日
月	日
月	日
月	日
月	日

■ 領収書貼付欄 ■



貼付できないものは、別途保管してください。







月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日
月 日

年 月 日 ~ 年 月 日				
処方	定期	臨時	退院時	
自己	市販薬	健康食品	漢方	嗜好品
内容				
病院名・担当医(販売店)				

年 月 日 ~ 年 月 日				
処方	定期	臨時	退院時	
自己	市販薬	健康食品	漢方	嗜好品
内容				
病院名・担当医(販売店)				



















# 主な検査の記録

年 月 日	検査名	
検査目的（病名）		
検査結果（所見）		

必要に応じ、検査結果を貼付もしくは別綴じして下さい。

年 月 日	年 月 日	年 月 日
cm	cm	cm
kg	kg	kg
~	~	~
- ± + ++ ###	- ± + ++ ###	- ± + ++ ###
- ± + ++ ###	- ± + ++ ###	- ± + ++ ###
- ± + ++ ###	- ± + ++ ###	- ± + ++ ###
mg/dl	mg/dl	mg/dl
mg/dl	mg/dl	mg/dl

年 月 日	年 月 日	年 月 日
U/L	U/L	U/L
U/L	U/L	U/L
U/L	U/L	U/L
mg/dl	mg/dl	mg/dl

# 基本健康診査の記録

(1)

受診年月日	年 月 日	年 月 日	
身長	cm	cm	
体重	kg	kg	
血圧(最高~最低)	~	~	
尿	糖	- 土 + 卍 卍	- 土 + 卍 卍
	蛋白質	- 土 + 卍 卍	- 土 + 卍 卍
	潜血	- 土 + 卍 卍	- 土 + 卍 卍
血液検査	総コレステロール	mg/dl	mg/dl
	中性脂肪	mg/dl	mg/dl

(2)

受診年月日	年 月 日	年 月 日	
血液検査	G O T	U/L	U/L
	G P T	U/L	U/L
	- G T P	U/L	U/L
	クレアチニン	mg/dl	mg/dl

年 月 日	検査名	
検査目的(病名)		
検査結果(所見)		

必要に応じ、検査結果を貼付もしくは別綴じして下さい。

年 月 日	検査名	
検査目的（病名）		
検査結果（所見）		

必要に応じ、検査結果を貼付もしくは別綴じして下さい。

年 月 日	検査名	
検査目的（病名）		
検査結果（所見）		

必要に応じ、検査結果を貼付もしくは別綴じして下さい。

年 月 日	検査名	
検査目的（病名）		
検査結果（所見）		

必要に応じ、検査結果を貼付もしくは別綴じして下さい。

年 月 日	検査名	
検査目的（病名）		
検査結果（所見）		

必要に応じ、検査結果を貼付もしくは別綴じして下さい。

年 月 日	検査名	
検査目的（病名）		
検査結果（所見）		

必要に応じ、検査結果を貼付もしくは別綴じして下さい。

年 月 日	検査名	
検査目的（病名）		
検査結果（所見）		

必要に応じ、検査結果を貼付もしくは別綴じして下さい。