

旅のカルテ

*主治医のアドバイスを聞いて、ご自身でご記入ください。

| | |
|---------|---|
| 現在の症状 | トイレの回数 [1日に 回くらい] |
| | 腹痛の頻度 [たびたび・たまに・ほとんどなし] |
| | 下痢の回数 [1日に 回くらい] |
| | ストーマ（人工肛門） [あり・なし] |
| 携帯薬 | <input type="checkbox"/> 整腸剤 |
| | <input type="checkbox"/> 痛み止め |
| | <input type="checkbox"/> 処方薬 _____ [1日 回服用] |
| | _____ [1日 回服用] |
| | _____ [1日 回服用] |
| 栄養剤の使用 | <input type="checkbox"/> 使用あり [1日 回服用] |
| | <input type="checkbox"/> 使用なし |
| | <input type="checkbox"/> 食べられないもの [_____] |
| | <input type="checkbox"/> 油や脂肪が少ないものを希望 |
| 食事の希望 | <input type="checkbox"/> 肉を避けたい |
| | <input type="checkbox"/> 同行者と食事内容を分けて欲しい |
| | <input type="checkbox"/> その他の希望 [_____] |
| | <input type="checkbox"/> 洋式トイレを希望 |
| | <input type="checkbox"/> 洋室を希望 |
| 宿の希望 | <input type="checkbox"/> 和室を希望 |
| | <input type="checkbox"/> (バスなど) 出入り口近くの席を希望 |
| | <input type="checkbox"/> 多目的トイレを使用したい |
| トイレについて | <input type="checkbox"/> 人工肛門造設患者(オストメイト) 対応トイレの情報が知りたい |
| | <input type="checkbox"/> その他 [_____] |
| | _____ |
| | _____ |
| その他の注意 | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| かかりつけ医 | 病院名 _____ |
| | 住所 _____ |
| | 電話番号 _____ |
| | 主治医 _____ |

