

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 _____

