



●アレルギーなど

- 薬（種類： _____)
- 食品(種類： _____)
- その他(_____)

●過去にかかったことのある大きな病気・けが

病名・症状： _____

治療期間： _____

病院名： _____

病名・症状： _____

治療期間： _____

病院名： _____

病名・症状： _____

治療期間： _____

病院名： _____

病名・症状： _____

治療期間： _____

病院名： _____

●お薬手帳

有・無 保管場所： _____