|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 年 　　月 　　日 | 病名 |  |
| 医療機関名 |  | 医師名 |  |
| 薬の有無 | □あり□なし | 処方期間：　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 |
| 薬の名前 |  |
| 治療及び処置内容 |  |
| 食べては（触れては）いけないもの |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 年 　　月 　　日 | 病名 |  |
| 医療機関名 |  | 医師名 |  |
| 薬の有無 | □あり□なし | 処方期間：　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 |
| 薬の名前 |  |
| 治療及び処置内容 |  |
| 食べては（触れては）いけないもの |  |

アレルギーの記録

裏面に記載例があります

医療編／アレルギーの記録