|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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