



2. 医療情報



受診歴・相談歴・リハビリ歴

●かかった時期 ●年齢	●医療機関名 ●受診科目 ●医師名・心理士名	●受診・相談理由 ●受診・相談結果（診断名） ●注意事項・経過等	●治療・ 相談内容等
【例】 ○年○月○日 ～○年○月○日 (○歳 ○か月)	○○病院 ○○耳鼻科 ○○先生	鼻水がひどく受診する アレルギー性鼻炎と中耳炎 で少し水がたまっている	中耳炎の治療と アレルギー性鼻炎による吸引 ○○を処方
年 月 日 ～ 年 月 日 (歳 か月)			
年 月 日 ～ 年 月 日 (歳 か月)			
年 月 日 ～ 年 月 日 (歳 か月)			
年 月 日 ～ 年 月 日 (歳 か月)			
年 月 日 ～ 年 月 日 (歳 か月)			
年 月 日 ～ 年 月 日 (歳 か月)			
年 月 日 ～ 年 月 日 (歳 か月)			

その他特記事項

薬の服用の仕方



薬名 (処方期間)	何の薬 (処方目的、副作用等)	・服用時間 ・飲み方	保管場所
年月～年月			

禁忌薬（飲んではいけない薬）

薬名	どんな薬	薬名	どんな薬

アレルギー（食物等）



アレルギーの種類	症 状	対応 ・ 治療法

発作、てんかんなど

発作・てんかん等	症 状	対応 ・ 治療法



□ その他特記事項

