



2. 医療情報

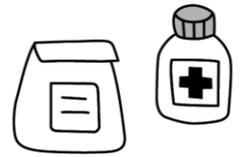


受診歴・相談歴・リハビリ歴

<ul style="list-style-type: none"> ●かかった時期 ●年 齢 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療機関名 ●受診科目 ●医師名・心理士名 	<ul style="list-style-type: none"> ●受診・相談理由 ●受診・相談結果（診断名） ●注意事項・経過等 	<ul style="list-style-type: none"> ●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）			

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