わたしの病気、けがなどの受診歴と利用している医療機関

今までの、あるいは現在治療を受けている病気、けが、医療機関等について記入しましょう。感染症なども忘れずに記入しましょう。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齢（年・月） | 診断名 | かかった  医療機関 | 診療科名 | 症　　状 | 服薬して  いる薬 |
| （例）  ○年○月○日  ２歳 ７ヶ月 | 熱性けいれん | ○○○総合病院 | 小児科 | 風邪で39℃の発熱  けいれんが1分以上続いた。 | 37.5℃以上の発熱でダイアップ座薬 |
| 年　月　日  歳　 ヶ月 |  |  |  |  |  |
| 年　月　日  歳　 ヶ月 |  |  |  |  |  |
| 年　月　日  歳　 ヶ月 |  |  |  |  |  |
| 年　月　日  歳　 ヶ月 |  |  |  |  |  |
| 年　月　日  歳　 ヶ月 |  |  |  |  |  |
| 年　月　日  歳　 ヶ月 |  |  |  |  |  |
| 年　月　日  歳　 ヶ月 |  |  |  |  |  |
| 年　月　日  歳　 ヶ月 |  |  |  |  |  |
| 年　月　日  歳　 ヶ月 |  |  |  |  |  |
| 年　月　日  歳　 ヶ月 |  |  |  |  |  |
| 年　月　日  歳　 ヶ月 |  |  |  |  |  |

※薬のアレルギーなど、注意すべき事項も記入しましょう