

アレルギーの記録

医療機関の意見書があればこのファイルにとじておきましょう。

〔 記入者 〕

〔 記入日 年 月 日 〕

病名			
医療機関名		医師名	
薬の有無		薬の名前	
処方期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
治療および処置内容			
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		薬の名前	
処方期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
治療および処置内容			
食べては(触れては)いけないもの			