

●医療関係(I)～服薬～

服薬あり 服薬なし

薬名

(その他:飲み方や服薬のタイミングなど)

●医療関係(II)～その他～

疾患名・障害名【 有() 無】

アレルギー【有() 無】

発作あり 有 無

発作の状態
【 有() 無】

主治医【 有() 無】
(TEL 有() 無)

(その他)

●名前【 有() 無】

●生年月日【 年 月 日】

●連絡先

※普段連絡がつく場所。学校・通所先などの関係機関でも可。

【 TEL 有() 無】

【 TEL 有() 無】

●血液型【 有() 無】 ●記入日 年 月