

●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【  
】

アレルギー【有( ) 無】

発作あり 有 無

発作の状態  
【  
】

主治医【  
】  
(TEL )

(その他)

-----  
-----  
-----  
-----

●名前【  
】

●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 】

【 TEL 】

●血液型【 】 ●記入日 年 月