オプション③－医療編

アレルギーの記録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 　　　　年　　月　　日 | 病　名 |  |
| 食べては（触れては）いけないもの |  | 左記摂取（接触）時の症状 |  |
| 医療機関名 |  | 医師名 |  |
| 薬の有無 | あり・なし | 処方期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 薬の名前 |  |
| 治療及び処置内容 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 　　　　年　　月　　日 | 病　名 |  |
| 食べては（触れては）いけないもの |  | 左記摂取（接触）時の症状 |  |
| 医療機関名 |  | 医師名 |  |
| 薬の有無 | あり・なし | 処方期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 薬の名前 |  |
| 治療及び処置内容 |  |