**健康のこと**

**◎かかりつけ医　（医師・歯科医師）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **病院名** | **診療科** | **主治医** | **電話** |
|  | 科 |  |  |
|  | 科 |  |  |
|  | 科 |  |  |
|  | 科 |  |  |
|  | 科 |  |  |

**◎傷病歴**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **傷病名** | **発症年齢** | **症状・手術の有無など** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**◎アレルギー・副作用**

|  |
| --- |
| 薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  食べ物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |